Rok XLV. Kraków 15 Grudnia 1906. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej na zakażenie.

Napisał
Prof. Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Mikroby jelitowe, zakażające pospolicie w warunkach naturalnych jamę brzuszną, dostają się do niej w sposób dwojaki: albo przechodzą one ze światła jelita przez patologicznie zmienioną, ale nie przedziurawioną jeszcze ścianę jelita do jamy otrzewnej, albo też dostają się tam wraz z innymi składnikami treści jelita przez otwór, powstały przy przedziurawieniu jelita. Działanie przygotowawczego śródotrzewnego wstrzyknięcia bulionu w przypadku pierwszym starałem się zbadać w kilku doświadczeniach, w których przez zaciskanie pętli jelitowych sprowadzałem takie zmiany ściany jelita, że przez nią mikroby jelitowe przechodziły do jamy brzusznej. Atoli doświadczenia te wyników ścisłych dać nie mogły, przedewszystkiem z powodu różnorodności flory jelitowej u różnych zwierząt, do doświadczeń użytych. A potem, choćby się nawet wykonywało doświadczenia na takich zwierzętach, jak n. p. młode, jeszcze ssące króliki, których flora jelitowa, jak to wynika ze spostrzeżeń Miecznikowa, jest bardzo jednostajna, albo też na zwierzętach starszych, których florę jelitową przez odpowiednie żywienie poniekąd ujednostajniono, to przy powyższym sposobie wykonania doświadczeń pozostaje jeszcze nie dające się już nietylko uniknąć, ale nawet nie dające się w przybliżeniu ocenić poważne powikłanie, jakie stanowią tu zlepy i zrosty otrzewne, które uniemożliwiają wszelkie dokładne normowanie sztucznie sprowadzonych zmian jelita na dłuższy okres czasu, a tem samem i otrzymanie ścisłych wyników badania. Natomiast działanie przygotowawczego wstrzyknięcia śródotrzewnego w przypadku drugim, to jest, gdy mikroby dostają się do jamy brzusznej z jelita przedziurawionego, można zbadać dokładnie i to zapomocą sposobu, zbliżonego do tego, jaki Petit w dwu doświadczeniach zastosował, mianowicie przez zakażanie jamy brzusznej zawiesiną kałową, co Petit zupełnie niesłusznie za nieścisły sposób badania uważa. Jeżeli bowiem zwierzęta przygotowane i kontrolne zakaża się jedną i tą samą, dobrze wymieszaną, a zatem jednostajną zawiesiną kałową w równej ilości, to ścisłość tego sposobu nie ustępuje chyba ścisłości, z jaką się w badaniach doświadczalnych stosuje sztuczne mieszaniny mikrobów, wziętych z czystych ich hodowli, a nawet mikroby jednego tylko gatunku w hodowli czystej. Wprawdzie przy tym sposobie badania powstaje poważne utrudnienie, wynikające stąd, że przed właściwem doświadczeniem niepodobna określić najmniejszej dawki śmiertelnej zawiesiny, użytej do zakażenia zwierząt; trudność ta daje się jednak przezwyciężyć przez przeprowadzenie większej ilości doświadczeń; wówczas udaje się bowiem w pewnej ich części utrafić ową właściwą dawkę graniczną materyału zakaźnego, jaka ze względu na jasność ostatecznego wyniku doświadczenia jest pożądaną. Innemi słowy trudność owa sprowadza się do tego, że pewna ilość doświadczeń, nieudanych z powodu źle utrafionej dawki materyału zakaźnego, jest stracona. Ale za to rzeczony sposób badania przedstawia tę niepoślednią korzyść, że pozwala z dostateczną ścisłością wykonać doświadczenie wśród warunków, do warunków naturalnych w stanach patologicznych wielce zbliżonych.

Wychodząc z powyższego założenia, przeprowadziłem w r. 1903 28 doświadczeń na świnkach morskich i królikach, w których starałem się zbadać działanie uprzedniego śródotrzewnego wstrzyknięcia bulionu na przebieg i zejście zakażenia kałowego jamy brzusznej; w czasie tym nieliczne zresztą doświadczenia Raymonda Petita, ogłoszone podówczas bardzo ogólnikowo w sprawozdaniach paryskiego Towarzystwa biologicznego, nie były mi jeszcze znane. Główne wyniki tych badań przedstawiłem w krótkości na XIII Zjeździe Chirurgów polskich w Krakowie (17), przy sposobności wykładu „O fagocytozie“ (18), jaki na tym Zjeździe miałem. Wyniki te, ogłoszone w roku bieżącym w Rozprawach Wydz. mat.-przyr. Akademii Umiejętności w Krakowie, były następujące:

Po wyłączeniu z ogólnej ilości 28 doświadczeń piętnastu takich, których wynik z powodu źle utrafionej dawki zawiesiny kałowej, jakiej do zakażenia zwierząt używałem, jasnym być nie mógł, na pozostałych 15 doświadczeń w 12 czyli w 80% doświadczeń przygotowawcze wstrzyknięcie bulionu do jamy brzusznej na następowe jej zakażenie zawiesiną kałową wywarło wpływ korzystny, a mianowicie w 6 doświadczeniach, czyli 40% doświadczeń zabieg ten przedłużył, a w 6 innych, a więc również w 40% doświadczeń, uratował życie zakażonych zwierząt. Przy bardzo zaś ostrej, a zarazem niekorzystnej ze względu na powstawanie miejscowej odporności ocenie wyników powyższych doświadczeń, wypada, że na ogólną ilość 17 doświadczeń u zwierząt, przygotowanych bulionem, zejście zakażenia było mniej pomyślne, niż u zwierząt kontrolnych, w 2 doświadczeniach, czyli w 11·1% doświadczeń, mniej więcej takie same, jak u zwierząt kontrolnych, w 6 doświadczeniach, czyli

w 35·3% doświadczeń, a pomyślniejsze w 9 doświadczeniach, czyli w 23·5% doświadczeń, przygotowawcze wstrzyknięcie bulionu znacznie przedłużyło życie zwierzęcia, a w 5 doświadczeniach, czyli w 29·4% doświadczeń, uratowało zwierzę od śmierci. Okazało się przytem, że przygotowawcze śródotrzewne wstrzyknięcie bulionu wywołuje miejscową odporność jamy brzusznej na zakażenie kałowe nietylko gdy jest wykonane w przeddzień zakażenia, ale nawet jeszcze wówczas, gdy je wykonać na 10½ godzin przed zakażeniem.

(C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Kader).

Powikłania płucne w chirurgii.

Podał

dr Adolf Eugeniusz Klęsk

I asystent kliniki.

(Dokończenie).

Do nieco rzadszych, ale dość groźnych powikłań pooperacyjnych należą zakrzepy i zatory. Zakrzepy są zwykle sprawą pierwotną, często jednak dopiero po wytworzeniu się zatorów możemy je rozpoznać, a jedynie tylko zakrzepy obwodowe, jak żył udowych lub zatok żylnych dostępne są dla rozpoznania. Zakrzepy występują najczęściej w żyłach miednicy małej i spostrzegamy je też często po operacyach wyrostka robaczkowego. Z miednicy małej zakrzep szerzy się często ku obwodowi do żył udowych i to głównie lewej. Zakrzepy spotykamy też czasami przy operacyach na większych żyłach i po ich podwiązaniu, zwłaszcza jeżeli podwiązka nie jest jałową, n. p. po operacyach żylaków goleni, moszen, rzadziej już odbytnicy, dalej po operacyach na krezce, a zwłaszcza po operacyach na sieci. Zakrzepy wytwarzają się także przy zaciśnięciach i skręceniach jelita, przy uwięźniętych przepuklinach, przy okręceniach się narządów, posiadających szypułę, przy ropnych zapaleniach żył i zatok żylnych, po *brisement forcé* stawów, przy ucisku żył przez guzy nowotworowe, przy zapaleniach otrzewnej i t. d. Wskutek tych zakrzepów powstają często zatory. Zatory płucne występują dopiero zwykle w kilka dni po operacyi, najczęściej między 3 8 dniem zdrowienia i objawiają się nagłym zapadem, bladością lub sinicą, dusznością, zimnym potem, nagłym kaszlem i kłuciem w boku, często spadkiem ciepłoty i drobnem tętnem tak, że objawy te po operacyach brzusznych mogą nawet lekarza wprowadzić w błąd, sprawiając wrażenie przedziurawienia jelita i zapalenia otrzewnej bardzo ostro przebiegającego. Zatory zdarzają się głównie u ludzi młodych i w średnim wieku między 25—45 rokiem życia. Plwocina krwawa zjawia się dopiero w 2—4 dni po napadzie duszności i utrzymuje się przez kilka dni. Ciepłota chwilowo wzrasta, a potem znowu opada. Objawy osłuchowe są zwykle dość wyraźnie zaznaczone. W statystyce naszej na 1922 operacyi wystąpiły zatory 21 razy, co stanowi około 1·0% powikłań.

Przypadki nasze, w których wystąpiły zatory po operacyi, były następujące: 1) rak odbytnicy (5 dnia), 2) zakrzep zatoki poprzecznej (3 dnia), 3) rak żołądka (gastroenterostomia zapomocą guzika, zator 3. dnia), 4) rak żołądka (gastroenterostomia zapomocą szwu — 5. dnia), 5) pęknięcie jelita i krezki (5. dnia), 6) zapalenie otrzewnej i przedziurawienie (3. dnia), 7) operacya Talmy (2. dnia), 8) żylaki podudzia (36! dnia), 9) zwężenie odźwiernika (gastroenterostomia — 4. dnia), 10) mięsak barwikowy pachwiny, podwiązanie boczne żyły udowej (2. dnia), 11) wycięcie śledziony (7. dnia), 12—18) przepukliny uwięźnięte (2., 4., 5., 8., 9., 10. dnia), 19) brisement forcé stóp płaskich (8 dnia), 20) żylaki odbytu (8. dnia), 21) wycięcie macicy od strony jamy brzusznej (10. dnia).

Z tych 21 przypadków 7 skończyło się śmiercią, z czego w 5 znaleziono przy sekcyi jako bezpośrednią przyczynę śmierci zaczopowanie tętnicy płucnej. W jednym z wymienionych przypadków przepukliny uwięźniętej wykonano najpierw odprowadzenie a w tydzień później operacyę doszczętną, po której w 2 tygodnie wystąpił zawał płucny. W 2 przypadkach zatory były wielokrotne i zjawiały się w 2—4-dniowych odstępach. Zatory nastąpiły:

10 razy w płucu prawem,
6 „ „ lewem,
2 „ obustronnie.

Zejście śmiertelne wydarzyło się prawie we wszystkich przypadkach u ludzi młodych i silnych. To samo stwierdził w swojem zestawieniu Albanus. Według niego stanowią zatory 2% powikłań operacyjnych. Jako przyczynę powstawania zakrzepów i zatorów podaje Albanus utrudniony odpływ krwi, zmiany w sercu, osłabienie, leżenie w łóżku, zakażenie i oziębienie. Zakrzepy żył udowych następują częściej, bo podług Bibergeila w 4·6% operacyi brzusznych; następują one często po operacyach przepuklin. W klinice naszej spostrzegaliśmy 3 razy zakrzepy żył udowych: raz po operacyi przepukliny, raz po pęknięciu jelita i krezki i raz po operacyi raka żołądka. O wiele rzadziej zdarzają się po lub przy operacyach zatory powietrzne lub tłuszczowe. W klinice naszej spostrzegaliśmy tylko raz zator tłuszczowy po strzaskaniu kości udowej kulą pistoletową; przypadek ten zakończył się nagle wśród składania nogi śmiercią. Zatory tłuszczowe spotykał Stolper czasem przy niedrożności jelit i kamicy żółciowej. Biegnąć mają one drogą przewodu piersiowego. Zakrzepy występują przy przepuklinach uwięźniętych w splocie wiciowatym i po operacyi Alexandra-Adamsa w żyłach nasiennych.

Jeżeli zakrzep już istnieje, to przy operacyi może się bardzo łatwo kawałek skrzepu oderwać n. p. w okresie podniecenia przy chloroformowaniu, gdy parcie krwi jest silne i chory się rzuca. Zakrzepy w żyłach udowych dają zwykle dość dobre rokowanie, zwłaszcza jeżeli dotyczą one ludzi młodych, u których krążenie szybko się wyrównuje. Zakrzepy zatok żylnych pochodzenia usznego każą już o wiele poważniej rokować, bo dają zatory zakażone, rozsiewające drobnoustroje po ustroju. W podwiązaniu żyły szyjnej posiadamy jeden z bardzo energicznych zabiegów, zapobiegających tworzeniu się przerzutów. I tak w dwóch bardzo ciężkich przypadkach jedynie temu podwiązaniu zawdzięczyć należy uratowanie chorych, u których prof. Kader wykonał trepanacyę z powodu ropienia ucha i zakrzepu zatok żylnych; w obu przypadkach w skrzepie stwierdzono paciorkowce. Obecnie polecono też podwiązywanie żył macicznych i nasiennych przy ostrem zakażeniu połogowem. Operacye żylaków, przebiegające bez zakażenia, nie bywają

powodem żadnych poważnych powikłań; podobnie operacye żylaków moszen i odbytu.

Zgorzel płuc występuje, jeżeli chory przed, wśród lub po operacyi zachłysnął się, szczególnie treścią kałową, przy wymiotach w niedrożności jelit, rzadziej już drogą przerzutową szczególnie przy przepuklinach uwięźniętych zgorzelinowych. Wskutek aspiracyi występuje też zgorzel u chorych nieprzytomnych, zwłaszcza po operacyach mózgowych. Wstrząs mózgu i pęknięcie podstawy czaszki pociągają za sobą często powikłania płucne, szczególnie opadowe zapalenie płuc. Rokowanie przy zgorzeli płuc bywa różne. Bardzo często, jeżeli sprawa jest czysto miejscowa, kończy się ona pomyślnie, rzadziej już przebija się ognisko do opłucnej i zakaża ją i zajmuje większą część płuca i wiedzie do śmierci. Zgorzel, powstała wskutek przerzutów zakaźnych daje oczywiście złe rokowanie, bo przerzuty rozsiewają się przytem po całym ustroju. Zgorzel z zachłyśnięcia się u ludzi młodych daje zwykle pomyślniejsze rokowanie, u ludzi starych natomiast wiedzie bardzo często do śmierci.

Przechodzimy wreszcie do ostatniego punktu naszych rozstrząsań, t. j. do ocenienia, kiedy wolno, a kiedy nie wolno operować wobec powikłań płucnych, już istniejących.

Z takich powikłań najczęściej spotykamy się ze zmianami gruźliczemi płuc przy zamierzanych operacyach gruźlicy chirurgicznej. Spotykamy je stosunkowo dość często u chorych, cierpiących na gruźlicę kości, stawów lub gruczołów. Zmiany są zwykle niewielkiego stopnia i nie powinny nas powstrzymywać od operacyi. Tak n. p. na 75 operacyi gruczołów szyjnych dokonanych na klinice stałej (wszystkie bez wyjątku przypadki ciężkie, lżejszych, które operuje się ambulatoryjnie tu nie uwzględniono) spostrzegaliśmy tylko raz wybitne pogorszenie się sprawy gruźliczej w płucach, nadmienić należy jednak, że gruczoły sięgały tu bardzo głęboko aż pod obojczyk. Zresztą stosunkowo bardzo rzadko występowały inne powikłania; zapaleń płuc spostrzegaliśmy 4 i to 2 u chorych, operowanych ambulatoryjnie. Chorzy ci po operacyi poszli do domu i łatwo zaziębieniu uledz mogli. Przypadki te przyjęliśmy potem wobec powikłania. Są one do powyższych 75 wliczone, o 2 innych wspomnieliśmy już wyżej. Przy operacyach kostnych spostrzegaliśmy tylko raz jeden pogorszenie sprawy płucnej. Operacye zaś takie, jak n. p. skrobanie, wstrzykiwanie do stawu, wypuszczanie ropy, wykonywano kilkakrotnie u takich chorych w uśpieniu bez pogorszenia stanu płuc. Z innych operacyi wspomnieć należy o laparotomiach i operacyach z powodu gruźlicy jelit, zwłaszcza kątnicy. Przypadków takich spostrzegaliśmy w klinice 6, z tego w 3 zmiany gruźlicze w płucach były poważne.

Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią, zupełnie jednak niezależnie od zmian płucnych. W innych żadnego pogorszenia sprawy płucnej nie stwierdziliśmy. Widzimy z tego, że w przypadkach zwężeń przewodu pokarmowego na tle gruźliczem, nawet wobec poważnych zmian w płucach operować można i należy, zwłaszcza, jeżeli używamy znieczulenia lędźwiowego a nie uśpienia. Operacya bowiem, wracająca chorym możność odżywiania się, działa zarazem korzystnie na całość ustroju. Połączenie zaś wyniszczenia rakowego i gruźliczego wstrzymać nas powinno od operacyi, albowiem wynik operacyi nowotworu nie jest nigdy pewny, narażamy więc chorego na ciężką operacyę, a nie możemy mu dać pewności, że odżywienie rychło się poprawi. Z tego też powodu w 2 przypadkach raka żołądka wstrzymaliśmy się od zabiegu wobec wybitnych zmian gruźliczych w płucach. Gruźlica nerek i pęcherza łączy się także niejednokrotnie ze zmianami w płucach, choć zmiany płucne zwykle są miernego stopnia. W przypadkach takich operowaliśmy zawsze z wynikiem dodatnim. Od zabiegu wstrzymaliśmy się tylko dwa razy u kobiet starszych. Zmiany w płucach były niewielkie, ale wyniszczająca ciągła gorączka wstrzymała nas od zabiegu. Gruźlica jąder łączy się nieraz ze zmianami płuc; tu często leczenie zachowawczo-chirurgiczne wiedzie do celu. Również i przy operacyach z powodu gruźlicy otrzewnej nie spostrzegaliśmy pogorszenia się zmian w płucach; natomiast, jak wyżej wspomniałem, wystąpiły powikłania płucne przyrody zapalnej przy wypuszczaniu płynu, przenoszeniu i oziębieniu chorych. W jednym przypadku gruźlicy kolana wycięliśmy staw mimo istnienia gruźliczych zmian w płucach. Po operacyi sprawa w płucach pogorszyła się, a w końcu nastąpiła śmierć. Operacya jednak ze względu na bole i szerzenie się sprawy w stawie była koniecznie wskazana. Co do często wspominanego występowania gruźlicy prosówkowej po zabiegach chirurgicznych, to spostrzegaliśmy to tylko raz jeden i to dopiero w 3 miesiące po zabiegu (ropienie gruźlicze ucha środkowego). Zresztą mimo częstych zabiegów, jak forsownych prostowań kończyn, kręgosłupa i leczenia wyciąganiem nie zauważyliśmy ani razu powikłań.

Zresztą chorzy na gruźlicę nie oddziałują zwykle bardzo na zabiegi, a jedynie podniesienie się ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia bywa śladem przebytego zabiegu. Nieraz zaś po operacyjnem usunięciu ognisk gruźliczych spostrzegaliśmy właśnie polepszenie się stanu ogólnego i płuc.

Wobec tego jesteśmy tego zdania, że chorych ze zmianami gruźliczemi w płucach średniego natężenia należy operować, lecz o ile możności trzeba ograniczać się wobec zmian w płucach do zabiegów jak najmniejszych. Odmawiać stanowczo pomocy z powodu zmian w płucach byłoby z naszej strony postępowaniem nieludzkiem, bo po pierwsze statystyka poucza, że chorzy tacy znoszą zabiegi dobrze, a powtóre usuwając ognisko n. p. kostne jeszcze przez to i na płuca i stan ogólny korzystnie wpłynąć możemy. Nie zapominajmy też o tem, jak częstą jest gruźlica, i że nieraz bezwiednie operujemy chorych na inne ciężkie choroby, nie wiedząc, że cierpią oni także na utajoną gruźlicę.

Co do innych zmian istniejących w płucach przed operacyą, to nieraz jesteśmy w trudnem położeniu przy rozstrzygnięciu pytania, czy operować, czy nie. Nieżyt oskrzelowy ostry z gorączką jest oczywiście zawsze przeciwwskazaniem do operacyi, o ile nie chodzi jednak o operacye ze wskazań życiowych. Nieżyt przewlekły, zwłaszcza przy rozedmie płuc, z zalegającą wydzieliną, jest sprawą bardzo poważną, zwłaszcza przy operacyach na głowie, szyi i w jamie brzusznej w uśpieniu ogólnem; zapalenia, a nawet zgorzel płuc rozwijają się potem często. Decydując się na zabieg, przygotować się też powinniśmy na możliwość takich powikłań po zabiegu. W przypadkach takich wskazanie opierać należy na stanie serca i układu krwionośnego. Dobry stan serca i brak wybitniejszych objawów miażdżycy tętnic pozwala rokować stosunkowo pomyślniej. To też na stan serca trzeba zwracać uwagę pilną przed operacyą i po niej; przed

operacyą dla podniesienia jego sprawności wobec czekającego go zabiegu i działania środka usypiającego, po operacyi zaś celem przeciwdziałania nieprawidłowościom w krążeniu, zwłaszcza celem zapobieżenia zastojowi w płucach. Względy te skłoniły Kadera, Hermanna, Witzla i innych do zapobiegawczego stosowania środków sercowych przed operacyami. W klinice krakowskiej postępujemy też w ten sposób, podając chorym zawsze zapobiegawczo przed operacyami naparstnicę lub strofantus.

W końcu słów kilka o możności zapobiegania powikłaniom płucnym. Każdego chorego powinno się zbadać dokładnie przed zabiegiem, stwierdzić ciepłotę, zbadać mocz i krew. Przed większemi operacyami, zwłaszcza na szyi i w jamie brzusznej, podać należy zapobiegawczo środki sercowe, z dodatkiem w razie potrzeby wykrztuśnych; środki wykrztuśne podać należy szczególnie przed operacyami na szyi. Jeżeli nie ma czasu podać środków sercowych przed operacyą, należy to uczynić zaraz po operacyi, zwłaszcza u osób starszych, oczywiście jednak w dawkach niewielkich, by w razie zapadu mieć zawsze broń przy sobie. Dokładnie zbadać należy też zawsze przed operacyą jamę ustną, nosową, gardło i krtań. Przed operacyami poważniejszemi polecenia godnem jest uporządkowanie zębów, zdjęcie z nich kamienia i t. d., zwłaszcza przed operacyami w jamie ustnej i na szyi. Przed operacyą polecić należy chorym płukanie ust płynami przeciwgnilnymi; przed operacyami brzusznemi należy zawsze żołądek wypompować. Niektórzy radzą nawet odkażać treść żołądkową przez podawanie na kilka dni przed operacyą kwasów organicznych lub kwasu salicylowego. O ile możności unikać należy uśpienia ogólnego, co obecnie wobec rozwoju znieczulenia lędźwiowego, jest rzeczą łatwą.

Przy operacyach unikać należy ułożenia z głową zwieszoną. Po operacyi nie należy zakładać opatrunków uciskających szyję i klatkę piersiową. Ciężko chorych ułożyć należy w łóżku więcej ku stronie lewej ze względu na częstsze występowanie powikłań płucnych po stronie prawej. Po operacyach zapalenia otrzewnej ułożyć znów należy chorych więcej półsiedząco, a to w tym celu, by wessanie pierwiastków zakaźnych przez przeponę utrudnić. Przy myciu i przy operacyi unikać się powinno zbytecznego ochładzania chorych. Odsłaniać powinno się tylko tę część ciała, która ma być operowaną; resztę ciała należy ciepło okryć. Płyny chorobowe wypuszczać należy zwolna zapomocą sączków i trójgrańców, do płukania jam używać należy płynów gorących. Po operacyi należy chorych ciepło okrywać i dbać o to, by się nagle nie ochładzali i nie odkrywali. Ciepłota pokoju lub sali powinna wynosić średnie 14—18°, przyczem pożądaną jest dobra wentylacya. Operować należy o ile możności bezgnilnie, a więc prócz wyjałowienia rąk, narzędzi i opatrunków, przestrzegać należy czystości powietrza w sali operacyjnej i operować w maskach, czapkach i rękawiczkach. Podwiązki powinny przechodzić przez jak najmniejszą liczbę rąk, by pozostały jałowemi. W razie podniesienia się ciepłoty po operacyi należy zaraz zbadać krew, w danym razie zmienić opatrunek, gdyż rozwijające się zakażenie przyczynia się niemało do występowania powikłań płucnych.

Wnioski, do których doszliśmy, są w streszczeniu następujące:

1) Powikłania płucne pooperacyjne wydarzają się głównie po operacyach brzusznych i to niezależnie od sposobu znieczulenia.

2) Powikłaniom tym towarzyszy prawie zawsze mniejsze lub większe zakażenie rany. Jeżeli jednak ono nie wystąpiło, to należy przypuszczać, że operowano jednak w materyale nieczystym, lecz ustrój przemógł zakażenie miejscowe; odbiło się to jednak zaraz na stanie płuc.

3) W niektórych przypadkach powikłania płucne występują z innych przyczyn, n. p. po zachłyśnięciu się i t. d.

4) W pewnej grupie powikłań płucnych przyjąć musimy jako przyczynę ich powstania zmiany naczynio-ruchowe w postaci tak zwanego zaziębienia.

5) Zakażenia płuc z powietrza przy operacyach w jamie brzusznej są bardzo nieprawdopodobne, przynajmniej badania powietrza tego nie dowodzą.

6) Powikłania płucne po operacyach wola występują w razie pochodzenia zakaźnego głównie po stronie lewej, albowiem zakażenie posuwa się tu wzdłuż przełyku drogą limfatyczną.

7) Zatory płucne powstają najczęściej także wskutek miejscowego zakażenia. Zdarzają się one przeważnie u ludzi młodych ze zdrowem sercem i dają bardzo poważne rokowanie.

8) Zapobiegawczo podawać należy chorym przed operacyami środki sercowe, unikać przeziębienia przed, przy i po operacyi. Do przepłukiwania jam ciała należy używać płynów ciepłych, a płyny chorobowe wypuszczać ostrożnie, by chorych nie moczyć.

9) Znieczulenie lędźwiowe nie chroni przy operacyach brzusznych od występowania powikłań płucnych, działa natomiast bardzo korzystnie przy operacyach na szyi i w razie istniejących już powikłań płucnych.

10) Co do przedoperacyjnych powikłań płucnych, to gruźlica płuc średniego stopnia nie powinna odstraszać od zabiegu. W razie ostrych zmian w płucach wstrzymać się należy od zabiegu, operować tylko ze wskazania życiowego i to w znieczuleniu lędzwiowem.

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

(Ciąg dalszy.)

Nowsze badania (Mosso) wykryły, że we krwi węgornic znajduje się istota, która może działać zabójczo na zwierzęta, jeżeli ją wstrzykniemy podskórnie, śródżylnie lub do otrzewnej; jednak istota ta może również działać szkodliwie, jeżeli ją w większej ilości wprowadzimy do żołądka. Surowica krwi węgornic wyszczególnia się od surowicy innych ryb już smakiem, który jest ostry i piekący. Mosso nazwał istotę zawartą w surowicy krwi węgornic ichtyotoksyną; należy ją, jak dotychczas, zaliczyć do toksalbuminów. Przez gotowanie działanie trujące tej istoty zostaje zniszczone. Fermenty, pepsyna z kwasem solnym (sztuczne trawienie) również niszczy tę istotę. Działanie farmakologiczne tej istoty badał Mosso dokładnie na psach, królikach, świnkach morskich, żabach i gołębiach, wstrzykując tym zwierzętom surowicę krwi węgorza, węgornicy zwykłej i morskiej. Badania te dowiodły, że ichtyotoksyna początkowo przyspiesza oddychanie, później je zwalnia i poraża zupełnie; gdy dawka nie jest zbyt wielką, możemy sztucznem oddychaniem utrzymać życie. Czynność serca również początkowo zwiększa

się, później następuje zwolnienie. Większe ilości jadu działają bezpośrednio porażająco. Ichtyotoksyna znosi zdolność krzepnięcia krwi. Na układ nerwowy działa ichtyotoksyna porażająco. Działanie surowicy węgornic przypomina pod wielu względami działanie jadów wężów, jednak jest słabsze. W końcu należy wspomnieć, że badania Cavazzaniego oraz Maracciego dowiodły, że również surowica krwi minogów rzecznych i morskich, jakoteż tuńczyka (*thynnus thynnus*) zawierają istotę jadowitą, działającą podobnie jak ichtyotoksyna węgornic.

Z gromady płazów (*amphibia*) znamy również gatunki jadowite, mianowicie wiadomą jest od dawna rzeczą, że ich wydzielina skórna zawiera trujące istoty. Z gromady tej ważne są dla nas dwa rzędy zwierząt: ogoniaste (*urodela*) i kuse (*anura*). Do pierwszych należą jaszczurowate (*salamandrina*), do drugich ropuchowate (*bufonidae*).

Z jaszczurowatych zasługują na uwagę jaszczur (*salamandra maculosa*) i traszka (*triton cristatus*). Jaszczur, należący do »biernie« jadowitych zwierząt, wytwarza w gruczołach skórnych karku, grzbietu i nasady ogona wydzielinę białawą, gęstą, która zawiera dwie, farmakologicznie działające istoty. Pomijając podania starożytnych o działaniu jadu jaszczura, jako wielce fantastyczne, a w każdym razie przesadne, już Maupertuis (1727) i Laurentius (1768) dowiedli badaniami doświadczalnemi, że jad jaszczurów działa zabójczo na niektóre zwierzęta, wywołując kurcze padaczkowate i tężec tylny. Doświadczenia te poszły później w zapomnienie i znów powątpiewano o jadowitości jaszczurów, gdy w r. 1851 badania Gratioleta i Cloëza potwierdziły najzupełniej doświadczalne wyniki Laurentiusa. Badanie chemiczne tego jadu, wykonał pierwszy Zaleski (1866) i wyosobnił istotę zasadową, zwaną samandaryną. Później w r. 1899 wyosobnił ten sam autor dwie działające zasady. Z badań Zaleskiego i E. S. Fausta wynika, że jad jaszczurów zawiera jako istotę działającą samandarynę $C_{26}H_{40}N_2O$. Samandaryna jest zasadą oleistą, która tworzy sole krystaliczne. Jej siarkan, ogrzany ze zgęszczonym kwasem solnym, tworzy znamienne zabarwienie ciemno-niebieskie. Farmakologiczne działanie samandaryny odnosi się do działania na ośrodkowy układ nerwowy i objawia się wzmożeniem pobudliwości odruchów, które później zmniejszają się, a w końcu zupełnie znikają.

Podobnie działa samandaryna na rdzeń przedłużony, mianowicie na ośrodki samoczynne, a szczególnie na ośrodek oddychania. Zatrucie objawia się zatem silnemi drgawkami, często połączonemi ze skurczami tężcowymi (u żab), przyspieszeniem oddychania, wzrostem ciśnienia krwi i zwolnieniem tętna. Śmierć następuje u ciepłokrwistych z powodu porażenia ośrodka oddechowego. Na podstawie tych objawów zaliczyć musimy samandarynę do trucizn kurczowych, a więc do rzędu pikrotoksyny, koriamyrtyny, digitaliresiny i toksyresiny z tą tylko różnicą, że samandaryna wywołuje drgawki, pomieszane z kurczami tężcowymi. Co do dawki śmiertelnej, to ta wynosi na kilogram ciała psa 0·7—0·9 mg. siarkanu samandaryny według E. S. Fausta, gdy Phisalix oznaczył dawkę śmiertelną chlorowodorowego połączenia na 1·8 mg. Króliki są jeszcze wrażliwsze na działanie tej trucizny. Zatrucia samandaryną podobne są do objawów wścieklizny, albowiem rozróżnić możemy i tu także trzy okresy t. j. okres zwiastunów, okres podrażnienia i okres porażny. Badania dowiodły również, że wodnik chloralu, jak zresztą z działania jego teoretycznie już wynika, znosi działanie kurczowe samandaryny i że możemy po wstrzyknięciu chloralu wprowadzić królikowi podskórnie $1^1/_2$ dawki śmiertelnej samandaryny bez szkody.

Oprócz samandaryny posiadają jaszczury w swym ustroju jeszcze drugi alkaloid t. zw. samandaridyną. Alkaloid ten ma wzór $C_{20}H_{31}NO$ i tworzy z kwasami krystaliczne sole. Znajduje się on w ustroju jaszczurów we większej ilości, aniżeli samandaryna. Działanie samandaridyny odpowiada działaniu samandaryny, a różnica jest tylko ilościowa, a mianowicie by wywołać równie silne objawy, potrzeba wstrzyknąć 7—8-krotną ilość samandarydyny.

W odmianie jaszczur alpejski (*salamandra atra*) znalazł Netolizky istotę, zwaną przez niego samadatryną, która jako siarkan dobrze krystalizuje, pod względem farmakologicznym działa jak samandaryna i samandaridyna, a różni się jedynie rozpuszczalnością w eterze. (C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Aubertin. **Białaczka, a radyoterapia.** (*Semaine méd.* 1906, Nr 39). Wpływ leczniczy promieni Roentgena na białaczkę składa się z dwóch czynników. Jednym jest bezpośrednie działanie niszczące promieni na narządy limfatyczne i szpik kostny. Drugim czynnikiem jest działanie pośrednie, wywołujące leukotoksyny we krwi dotkniętych białaczką i przez to obniżające liczbę krwinek białych. Wpływ ten jest w każdym razie tylko chwilowy, bo po przerwaniu naświetlań tkanka białaczkowa odradza się. Autor stwierdził, że u osobników, u których klinicznie usunięto przez naświetlanie objawy białaczki, znajduje się po śmierci te same zmiany patologiczne, co u osobników wcale nie leczonych. Mimoto jednak należy stosować rentgenizacyę, gdyż przywraca ona na długi czas chorym prawidłową możność bytu. Ponieważ przez naświetlania nie można doszczętnie usunąć zmian białaczkowych, przeto autor radzi przerywać naświetlania po osiągnięciu u chorego poprawy, a podejmować je na nowo przy pojawianiu się nawrotów cierpienia. *Dr Blassberg.*

Prof. Noorden. **Zadania nauczania w klinice lekarskiej.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1906, Nr 36). Noorden dzieli nauczanie w klinice lekarskiej na trzy części: propedeutyczną, kliniczną i terapeutyczną. Tam, gdzie nie ma kliniki propedeutycznej, tam pierwszym działem nauczania musi zająć się klinika główna, jej kierownik i asystent. Asystenci powinni przedewszystkiem uczyć ogólnej semiotyki, fizycznych metod badania, jakoteż dyagnostyki chemicznej, mikroskopowej i bakteryologicznej. Nauka kliniczna w ściślejszem znaczeniu powinna zaznajamiać ucznia z poszczególnymi obrazami chorobowymi. Klinika powinna przytem budzić u uczniów zajęcie dla wszelakich postaci chorobowych, należących do jej działu. Uczeń powinien dojść do przeświadczenia, że nie choroba, ale chory człowiek istnieje dla lekarza. Klinika powinna kłaść tamę przesadzonemu specyalizowaniu się. Specyalizowanie się może być uzasadnione tylko w takiej gałęzi, której opanowanie wymaga długiego technicznego ćwiczenia. Samo leczenie jest, jak powiada N. „delikatną roślinką, która udaje się w rękach nie każdego ogrodnika“. By dobrze leczyć, potrzeba nietylko wiedzy, pilności i sumienności, ale nadto wielkiego doświadczenia, a przedewszystkiem znajomości ludzi. I dlatego nie można nikogo nauczyć lecznictwa; każdy lekarz musi sam odgadnąć całą odrębność każdego poszczególnego przypadku. Dalej podniósł N. ważność psychologicznego uchwycenia indywidualności chorego. W duszy każdego chorego, nawet największego nędzarza-kaleki, drzemie na dnie nadzieja. Ona jest mostem, na którym spotykają się dusze chorego i lekarza nawet wtedy, kiedy rozum powiada, że droga prowadzi w przepaść. Lekarz, który pragnie być nietylko maszyną leczniczą, ale naprawdę dobrym doradcą, musi rozumieć i umieć przemówić do duszy swojego chorego. Nie może być dobrym lekarzem ten, kto odarty jest z wszelkiego optymizmu. Pewny siebie, uczciwie pojęty, nietylko sztucznie okazywany optymizm stanowi to, co nazywamy leczeniem psychicznem. W nauce klinicznej uwzględnić można leczenie psychiczne w małej tylko mierze. Nie da się ono uchwycić w prawidła, nie da się ująć w żadne paragrafy, ani systemy. Trzeba je tworzyć dla każdego przypadku z osobna. Ono stanowi moment artystyczny w leczeniu, który wyświęca leczącego na lekarza. Ale i wielkiej znajomości ludzi potrzeba, żeby módz skutecznie działać na chorego; trzeba mieć otwarte oczy i otwarte uszy na wszystko, co stanowi o ludzkim losie, o rozwoju człowieka cielesnym i duchowym. Kto się chce nauczyć leczyć nietylko choroby, ale ludzi chorych, ten musi ciągle pamiętać o dewizie: *Homo sum, humani nihil a me alienum puto.* *E. S.*

Goliner. **W sprawie odżywiania chorych na płuca.** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 40). Jako dobry środek do odżywiania chorych na płuca, zaleca autor przetwór, zwany „Tao“, wyrabiany (Brockhaus & Comp. w Halensee) w postaci płytek, z których każda zawiera 0,5 gr. balsamu peruwiańskiego, 0,25 gr. lecytyny i 9,25 gr. roboratu. Balsam peruwiański, zawierający kwas cynamonowy i będźwinowy, działa przeciwgnilnie, lecytyna jest środkiem skrzepiającym układ nerwowy, roborat zaś jest rodzimem białkiem, wyrabianem z nasion zboża. Autor stosował „Tao“ u wielu chorych na gruźlicę płuc i neurastenię i stwierdzał poprawę łaknienia i przyrost wagi. *Friediker.*

Rieder. **O wartości prześwietlania klatki piersiowej w przebiegu zapalenia płuc, zwłaszcza usadowionego centralnie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40 i 41). Autor zaleca bardzo gorąco sposób badania, wymieniony w tytule, nietylko przy zapaleniu płuc centralnem, ale także w przebiegu innych ogniskowych chorób płuc. *Dr M. Godlewski.*

CHIRURGIA. Prof. Legueu. **O nawrotach brodawczaków pęcherza moczowego.** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 39). Brodawczak pęcherza jest nowotworem łagodnym, który po doszczętnem usunięciu zwykle nie powraca. Jednakże zdarzają się wyjątki. I tak autor spostrzegał kilka przypadków, operowanych przez siebie, u których w przeciągu 2—4 lat nastąpiły nawroty, i to albo w otoczeniu blizny, albo w znacznej odległości od niej. W niektórych przypadkach przyczyną tych nawrotów jest niedość doszczętne usunięcie nowotworu, w innych znowu mógl istnieć obok jednego wielkiego brodawczaka drugi mały, którego przy operacyi nie zauważono, i który dopiero później się rozrasta. Nawroty te zdarzają się jednak czasem mimo najdoszczętniejszego usunięcia nowotworu i mimo ścisłego stwierdzenia braku innych nowotworów, a wtedy trzeba przyjąć, że nabłonek, który raz wytworzył brodawczaka, może wśród pewnych bliżej nieznanych warunków wytworzyć i drugiego i trzeciego. Rokowanie zawsze jest pomyślne, bo nowotwór nie nabiera złośliwości nawet po kilku nawrotach. I tak autor u jednej chorej wskutek nawrotów 3 razy wykonał operacyę; od ostatniej operacyi upłynęło obecnie przeszło 10 lat bez nawrotu. Rozpoznać nawrót można stanowczo w tych przypadkach, w których w kilka miesięcy po operacyi pojawia się krwawy mocz. Wziernikowanie pęcherza potwierdza rozpoznanie. Podczas operacyi należy zawsze dokładnie przeszukać całą błonę śluzową i w razie stwierdzenia obecności mniejszych brodawczaków należy jednocześnie i te usunąć. *Friediker.*

Lücke. **Technika i wskazania znieczulenia lędźwiowego.** (*Deutsche Mediz. Ztg.* Nr 65, 1906). Omówiwszy technikę, określa L. wskazania znieczulenia lędźwiowego, jak następuje: Znieczulenie to znajduje zastosowanie przy wszystkich zabiegach na kończynach dolnych, na kroczu i dolnej części brzucha, jak n. p. przy operacyach wyrostka robaczkowego między napadami zapalenia, przy operacyach przepuklin i cięciu nadłonowem. Przy operacyach powyżej pępka, a poniżej wyrostka mieczykowatego wynik znieczulenia lędźwiowego bywa mniej pewny, ale i tu można uzyskać znieczulenie dostateczne, odpowiednio zwiększając dawkę, np. 0,08 stowainy z dodatkiem adrenaliny. Znieczulenie lędźwiowe oprócz innych zalet góruje nad ogólnem uśpieniem także przez to, że chorzy mają się stosunkowo dobrze także po zabiegu; prawie nigdy nie ma wymiotów, nudności, ogólnego osłabienia; jedzenie można odrazu bez obawy podać, (o ile temu oczywiście nie przeszkodzi sam rodzaj operacyi). Znieczulenie lędźwiowe nie działa na tętno, oddychanie pozostaje swobodne i głębokie, niema niebezpieczeństwa aspiracyi. Dlatego znieczulenie to jest wskazane u starców, u osób charłaczych, wobec wad serca, chorób płuc i u opilców. — Przeciwwskazaniem jest wiek młodociany poniżej lat 14, oraz wielka nerwowość. Nie wolno zaś użyć znieczulenia lędźwiowego w przypadkach ropnicy lub posocznicy; nie powinno się go także stosować wobec chorób rdzenia. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Voltz. **Postępy w leczeniu chirurgicznem rwy kulszowej.** (*D. Med. Ztg.* 1906, Nr 74). Przebieg korzeni splotu krzyżowo-kulszowego przez otwory krzyżowe stwarza niekorzystne warunki dla nerwów. W długich, a ciasnych kanałach kostnych, jakimi są otwory krzyżowe, nie mogą nerwy usunąć się przed działaniem urazów, trafiających miednicę. Silne wstrząśnienia, niepodatność znaczniejsza opony twardej, zmiany dnawe w stawach krzyżowobiodrowych, zaparcia stolca częste i uporczywe, sprzyjają powstawaniu rwy kulszowej; usposabiającym czynnikiem są również krwawnice. W tych przypadkach rwy, które opierają się wszelkiemu innemu leczeniu, lub w których badanie rentgenowskie stwierdzi zdruzgotanie, odłamanie lub inne ciężkie uszkodzenie kości miednicy, wskazaną jest operacya Bardenheuera. Z zabiegów niekrwawych godne zalecenia jest naciągnięcie nerwu kulszowego w uśpieniu chloroformowem według Billrotha z następowem miesieniem (t. zw. „Knöcheleffleurage“). Dalej zaleca się sposób Ehreta. W tem położeniu, w którem nerw najswobodniej leży, zakłada się opatrunek ze szkła wodnego. Po kilku dniach przecina się ten opatrunek z obu boków, tworząc w ten sposób opatrunek ruchomy, który stosuje się dalej obok miesienia; wyniki są pomyślne. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Dietrich i Arnheim. **Formysol, nowy środek do odkażania rąk.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 45, 1906). Formysol, płynne potasowo-formalinowe mydło z dodatkiem wyskoku i innych odwaniających i odkażających środków, jest żółto-zielonym oleistym płynem, o przyjemnym zapachu. Rozpuszcza się dobrze w wodzie i wyskoku. Wyrabia go fabryka Hahna w Schwedt w 2 postaciach, mianowicie z 10 prc. i 25 prc. zawartością formaliny. Zawiera więc formysol najwięcej formaliny ze wszystkich znanych jej przetworów; bakteryobójczo działa bardzo mocno, o wiele silniej nawet od karbolu. Rąk nie niszczy, a odkaża je bardzo pewnie. Używa się go w 10—25 prc. rozczynie. *Klęsk.*

Spiess. **Próby leczenia nowotworów rakowych zapomocą znieczulania.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40). Autor wychodzi z założenia, że rozrost nowotworu złośliwego odbywać się może jedynie przy silnym dopływie krwi. Podnięty do tego nadmiernego przekrwienia wychodzą oczywiście z samego nowotworu, porażenie ich więc zapomocą środków znieczulających mogłoby działać leczniczo. Próby leczenia tą metodą raka u myszy wypadły wogóle dodatnio. Jeżeli leczenie rozpoczęto wcześnie, a nowotwór miał skłonność do powolnego tylko rozrostu, wtedy udawało się rozrost powstrzymać, a nawet uzyskać zupełne wyleczenie. Próby na ludziach w toku. Autor obiecuje zdać z nich sprawę niebawem. *Dr M. Godlewski.*

Geissler. **O gruźlicy gruczołu sutkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 44, 1906). Na gruźlicę samoistną gruczołu sutkowego zwrócono uwagę dopiero w r. 1881, a jeszcze i do dziś dnia niewiele opisano przypadków. Gruźlica sutka powstać może drogą krwi, limfy lub też przez zakażenie od zewnątrz. Występuje u kobiet, głównie między 30—50 rokiem życia i to w dwóch postaciach, mianowicie jako zimny ropień, lub jako gruźlica rozsiana. Najczęściej zgłaszają się chore już z przetokami. Przy rozlanej postaci gruźlicy pierś nie ulega powiększeniu, brodawka zostaje wciągnięta. Gruczoły sąsiednie są zwykle powiększone, nieraz rozpadłe. Często spostrzegać można równoczesnego raka sutka i gruźlicę sąsiednich gruczołów limfatycznych, natomiast rak i gruźlica w samym gruczole sutkowym równocześnie prawie nigdy nie występują. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. — Leopold. **W sprawie wiewiórowego zapalenia otrzewnej w połogu. Laparotomia. Sączkowanie. Wyzdrowienie.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 43). Już dawniej ogłosił L. pracę o operacyjnem leczeniu połogowego zapalenia otrzewnej i ropnicy. Pomiędzy przytoczonymi tam przypadkami znajdują się 2, w których jako przyczynę stwierdzono wiewióra, w 2 innych domyślano się go. Doświadczenie poucza, że przypadki wcześnie operowane udaje się niekiedy uratować. L. dodaje opis nowego przypadku, dotyczącego 28-letniej wieloródki, u której po prawidłowym porodzie połóg z początku był bezgorączkowy. Nagle 6 dnia ciepł. 39·1, tętn. 114, brzuch bolesny, wzdęty, w wydzielinie pochwy i cewki dwoinki wiewiórowe. Nazajutrz stan gorszy, 39·0, 148, wyraźne objawy zapalenia otrzewnej. Największa bolesność w dole po stronie prawej. Tegoż dnia operacya. Po nacięciu nad prawem więzadłem Poupatra wypływa ciecz mętna, żółtawa, zawierająca ciałka ropne i dwoinki w czystej hodowli. Po wykonaniu przeciwcięcia poniżej brzegu wątroby, przeprowadzono gruby sączek gumowy. Podobnie postąpiono po stronie lewej. Wreszcie przebito kleszczykami pod nadzorem palca od wewnątrz ku pochwie zatokę Douglasa i przeprowadzono od wewnątrz dren, sięgający do połowy pochwy. Najobfitsza wydzielina odpływała przez pochwę. Ciepłym rozczynem fizyologicznym soli przepłukiwano tak długo sączki, aż odpływać zaczął płyn przeźroczysty. Podskórnie wstrzyknięto 1000 gr. rozczynu soli kuchennej. Stan powoli się poprawiał, ciepłota w dniach późniejszych 37·0—37·5, tętn. 80—88. Od 16. dnia wydzielina skąpsza, 25. dnia usunięto sączki boczne, 41. dnia sączek z zatoki Douglasa. Wyleczenie. *B. Wojciechowski.*

Thies. **O gorączce w połogu w r. 1905** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 43). Stosując u położnic stale opisane przez siebie dawniej postępowanie, t. j. usuwanie w 4—10 godzin po porodzie skrzepów z pochwy zapomocą wacików, wprowadzanych przez wziernik Trelata, uzyskał T. spadek odsetka chorobowości, która wynosiła w latach 1902—1904 od 15·4—17·4%, w r. 1905 na 13·3%; po wyłączeniu przypadków cięcia cesarskiego, przecięcia spojenia i gorączkujących z przyczyn, nie pozostających w związku z częściami rodnemi, pozostaje 8·02% chorobowości. *B. Wojciechowski.*

Görl. **Naświetlanie promieniami Röntgena z powodu obfitych, przez mięśniaki wywołanych krwawień miesiączkowych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 43). Albers-Schönberg przekonał się, że stosując promienie Röntgena na jądra królików, wywołuje się ich niepłodność i to bez zmian na skórze. Potwierdzili to inni, a drobnowidowo stwierdzono zwyrodnienie nabłonków w jądrach. Tilden Brawn zauważył, że u 18 robotników, zajętych przez 3 lata i więcej fabrykacyą przyrządów Röntgena, wystąpiła niepłodność. Halberstädter stwierdził drobnowidowo w jajnikach zanik pęcherzyków pod wpływem promieni Röntgena, a Favean de Courmelles donosi o dobrym wpływie tych promieni na włókniaki macicy, polegającym na zmniejszeniu się guzów i nasilenia krwotoków. Tłomaczył on sobie ten wynik działaniem promieni na same włókniaki. W przypadku krwotoków z powodu włókniaków u 40-letniej osoby uciekł się G. po wyczerpaniu środków wewnętrznych i podskórnych do promieni Röntgena, w tej atoli myśli, by przez

działanie na jajniki wpłynąć pośrednio korzystnie na krwotoki. Po 22 posiedzeniach 10-minutowych krwotoki zaczęły się zmniejszać, a po dwóch następnych miesiącach ustała zupełnie miesiączka. Równocześnie zmniejszyły się włókniaki. Objawów z braku nie było, zmian zapalnych na skórze nie zauważono. Jeżeliby dalsze doświadczenia miały być uwieńczone równie dobrym wynikiem, to postępowanie to zyskałoby ogromne znaczenie w tych przypadkach, w których stan ogólny, powikłanie wadą serca, chorobą nerek itp. wstrzymują od wykonania operacyi doszczętnej. *B. Wojciechowski.*

Mendels. **O krwawieniu w ciąży wskutek zmian w doczesnej zagiętej** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 42). Ogólnie przyjęto zapatrywanie, że doczesna zagięta (*reflexa*) zanika po 6. miesiącu ciąży i że od owej chwili doczesna prawdziwa przylega bezpośrednio do kosmówki. Jedynie Bumm mówi o resztkach doczesnej zagiętej, dających się zawsze wykryć. Poszukiwania własne M. doprowadziły go do przekonania, szczególnie na podstawie badań brzegu łożyskowego, że prawie zawsze resztki doczesnej odgiętej odszukać się tu dają. Otaczają one w tem miejscu kosmki. Jest bardzo nieprawdopodobne, aby kosmki miały kiedykolwiek wrastać wprost w doczesną prawdziwą. Wynika to nawet z rycin, podanych przez panią van Tussenbroek, aczkolwiek ta autorka do przeciwnych dochodzi wniosków. Brak zupełny doczesnej odgiętej z końcem ciąży uważa M. za możliwy, lecz bardzo wyjątkowy stan, pociągający za sobą na ogół objawy poważne, bo krwawienia. M. przytacza 2 przypadki uporczywych krwawień w ciąży. W pierwszym nastąpiło samodzielne poronienie w VII. m. c., w drugim musiano z powodu niedokrwistości przerwać ciążę w VI. m. c. W obu razach płody żywe, a po wyłączeniu innych jeszcze przyczyn krwawienia (jak łożysko przodujące itd.) dopatruje się M. jako jedynej przyczyny (wykrytej badaniem drobnowidowem) nieprawidłowości w doczesnej odgiętej, przyczem w pierwszym przypadku domyśla się, że do jej rozwoju wogóle nie przyszło, w drugim, że nastąpiło pęknięcie jej pod wpływem urazu lub nieprawidłowego zwyrodnienia. Wynik był w obu przypadkach jednaki, t. j. wytworzyło się nieprawidłowe połączenie pomiędzy przestrzeniami międzykosmkowemi, a światem zewnętrznym, a w następstwie krwotoki, przerywające się od czasu do czasu, gdy skrzep drogę zatorował. Jest to mniej znana i mało uwzględniana przyczyna krwawień w ciąży, które w takim razie bywają tak uporczywe i obfite, iż stanowić mogą, co się zresztą nie dzieje, same przez się wskazanie do przerwania ciąży. *B. Wojciechowski.*

Schwarzwaller. **W sprawie techniki cystoskopii** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 42). W pewnym przypadku zauważył S., jak podczas napełniania pęcherza przed cystoskopią płynem z irygatora, zawieszonego 1 m. nad poziomem pęcherza, po wypłynięciu około 100 gr. nagle zwierciadło płynu w irygatorze zaczęło się podnosić i poszło o palec w górę, czemu towarzyszyło zmętnienie płynu w rurce i irygatorze. Był to wynik skurczu pęcherza, który jak wiadomo, nie jest rzadkością. Spostrzeżenie to przemawia na niekorzyść irygatora, a za używaniem strzykawki w celu napełniania pęcherza, gdyż irygator i płyn w nim zawarty łatwo może zostać zakażonym treścią pęcherza. Jedynie założenie wentylu po drodze do irygatora zapobiedz może podobnemu zdarzeniu.

B. Wojciechowski.

Hugel. **Mięśniaki tkanki łącznej miednicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 42). Opis dwu, przed operacyą mylnie rozpoznanych przypadków tego cierpienia i przypadku mięśniaka powłok brzusznych w okolicy kiszki ślepej, dochodzącego do ścian miednicy. Ostateczne wnioski opiewają: 1) Przy wszystkich guzach podbrzusza o niewyraźnem usadowieniu nie należy zaniedbywać wydymania jelit przez odbytnicę w celu rozpoznawczym; 2) Mięśniaki tkanki łącznej miednicy nie są wcale rzadkie; należy zatem o nich myśleć, napotykając małe twarde guzy w miednicy. 3) Samo obmacanie pozwala jedynie na przypuszczenie zewnątrzotrzewnej siedziby guza; badanie przez pochwę pozwala wyczuć cały wchód miednicy i okolicę dużych naczyń. 4) Mięśniaki pozaotrzewne, z trójkąta Petita wychodzące, są nieruchome. Mięśniaki z tkanki łącznej miednicy są łatwo ruchome (o ile nie ulegną wklinowaniu wskutek swych rozmiarów) i można je dla tego pomieniać z włókniakami jajników. 5) Mięśniaki tkanki łącznej miednicy zawierają włókna mięśni gładkich, mięśniaki zaś powłok przedstawiają budowę przejściową do mięśni prążkowanych. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Kadinski. **Dwa przypadki skrzydlika górnej powieki.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień, 1906). Dziewczyna 17-letnia zwróciła się do autora z powodu opadnięcia górnej powieki prawego oka. St. obecny: szpara na prawem oku jest o tyle niższą, iż górna powieka zakrywa część źrenicy: po odwróceniu górnej powieki widać, że spojówka załamka w środkowej części przechodzi na spojówkę tarczki i pokrywa ją; zwężając się coraz więcej dosięga brzegu rzęskowego powieki, gdzie się kończy koło przewodów gruczołów Meiboma; błona ta ma postać trójkąta, jest nieco bledsza od spojówki. Autor przeciął skrzydlik, przypuszczając, iż tym sposobem da się usunąć opadnięcie powieki, lecz wynik był ujemny. Drugi przypadek dotyczył szeregowca, który cierpiał na gruźlicę i niczem się nie różnił od pierwszego. *Dr K. Karnicki.* (Ptbg.).

Raymond Béal. **Krwotoki siatkówkowe w przypadkach zgniecenia klatki piersiowej.** (*Ann. d' Ocul.* 1906, Nr 5) Autor opisuje jedno spostrzeżenie własne krwotoku siatkówki u górnika, który uległ zgnieceniu klatki piersiowej, dostawszy się między dwa wózki, pełne kamieni. Krwotok w tym przypadku wystąpił tylko w jednem oku i zajął okolicę plamki żółtej. Krew uległa wkrótce wessaniu, ale po pewnym czasie nastąpił stopniowo zanik obu nerwów wzrokowych. Ponieważ w jednem oku była ograniczona, dawna plama zanikowa w naczyniówce, prawdopodobnie pochodzenia kiłowego, przypuszcza autor, że istniały już zmiany w ścianach naczyniowych siatkówki, które spowodowały krwotok w chwili zgniecenia klatki piersiowej, pomimo, że nie powstały wybroczyny ani na skórze, ani na spojówkach, ani na innych błonach śluzowych. *Doc. K. W. Majewski.*

Ginzburg. **Wrzód twardy powieki dolnej.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień, 1906). 65-letnia położna zgłosiła się do autora w kwietniu 1905, skarżąc się na ból w lewem oku. Chora od urodzenia cierpi na niedomykalność lewego oka z powodu porażenia nerwu twarzowego. 22 lutego do lewego oka chorej, zajętej właśnie przy porodzie, trysła krew i woda płodowa. O stanie zdrowia położnicy chora nic dokładniej nie wie. Około 20-go marca dolna powieka lewego oka chorej obrzękła, skóra się zaczerwieniła, w środkowej części powieki zjawił się nieduży twardy guzek, podobny do jęczmyka; na wierzchołku guzka była szarawo-biała plamka. Jednocześnie lewe gruczoły przyuszne obrzękły. Guzek stale zwiększał się, a pokrywający go szarawo-biały pokład rozszerzał się po powierzchni spojówki; takiż pokład utworzył się w wewnętrznym kącie oka. Stan obecny: dolna powieka lewego oka znacznie obrzękła; skóra zaczerwieniona, w środkowej części brzegu rzęskowego dolnej powieki znajduje się nieduży (10×5 mm.) czworograniasty guzek, chrząstkowato twardy; na powierzchni guzka białawo-żółty pokład, nie dający się usunąć za pomocą waty. Brzegi guzka, nie owrzodziałe, nieznacznie przechodzą w zdrową tkankę. Dolny załamek spojówki obrzmiały i przekrwiony: mięsko łzowe i fałd półksiężycowaty spojówki pokryte również białawo-żółtym pokładem. Rogówka i tęczówka prawidłowe; badanie wziernikowe nie stwierdziło żadnych zmian; bystrość wzroku pr.=1.0; l. o. 0,4;+0,75D=0,8. Gruczoły przyuszne i podżuchwowe znacznie powiększone, twarde i bolesne. 27 kwietnia zjawiła się na skórze różyczka, a wkrótce potem w niewielkiej ilości guzki. Pod wpływem wcierania szaruchy guzek na powiece uległ wessaniu. Autor przypuszcza, iż białawo-żółty pokład na mięsku łzowem i fałdzie półksiężycowatym spojówki były skutkiem kłykcin płaskich, co jest objawem drugiego okresu kiły. *Dr K. Karnicki.* (Ptbg.).

Kazos. **Łuszczyca spojówki.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień. 1906). Do szpitala wojskowego w Brześciu Lit. zgłosił się 25-letni szeregowiec, skarżąc się na świerzbienie w prawem oku. Stwierdzono: ogólny stan zdrowia zupełnie prawidłowy. Spojówka prawa trochę przekrwiona; na spojówce dolnej powieki widać paseczek barwy srebrzysto-białej, który zaczyna się od mięska łzowego i idąc w kierunku na zewnątrz i ku dołowi dosięga brzegu rzęskowego dolnej powieki: długość paseczka 10 mm. szerokość 1 mm. Załamek spojówki również przekrwiony, tuż koło załamka na spojówce gałki widać trzy stożkowate guzki (5×4, 3×2 i 2,5×3 mm.); dno ich czerwone, przecięte przez naczynia krwionośne; guzki pokryte łuskami srebrzysto-białej barwy. Łuska z powierzchni największego stożka składa się drobnowidowo z komórek nabłonkowych z jednem lub kilku jądrami. Przez trzy miesiące pobytu w szpitalu guzki, wcale nieleczone, ciągle się zwiększały; potem zaczęły powoli zmniejszać się, przyczem dno stożków bladło. W dniu opuszczenia szpitala, po dalszych 3 miesiącach, stan oka był następujący: Spojówka zupełnie prawidłowa; większa część guzków uległa wessaniu, łuska zmniejszyła się i przybrała barwę biało-różową. Paseczek w spojówce znacznie bledszy i rozpadł się na drobne części. *Dr K. Karnicki.* (Ptbg.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVII posiedzenie naukowe z dnia 19. października 1906.

Posiedzenie odbyło się w sali wykładowej kliniki chirurgicznej. Obecnych 84 członków. Przewodniczy: kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. prof. Gluziński przedstawił dwóch chorych z kliniki lekarskiej. *a)* Przypadek **tętniaka zstępującej części tętnicy głównej,** usadowionego w niezwykłem miejscu, a to między kręgosłupem, a lewą łopatką. *b)* U drugiego chorego znaleziono wyjątkową, dotąd nieopisaną zmianę w przełyku, a mianowicie **uchyłek przełyku, powstały po wypiciu kwasu solnego.** Chory ten, w grudniu r. z. wypił w zamiarze samobójczym niecałą szklankę płynu, składającego się z $^1/_3$ części kwasu solnego, $^1/_3$ części spirytusu do palenia, i $^1/_3$ części czerwonego wina. Obecnie stwierdza się wyniszczenie wielkiego stopnia, jako skutek niemożności przyjmowania odpowiedniego pożywienia i ciągłych wymiotów. Chory przebył kilka miesięcy w szpitalu powsz., gdzie objawy zdawały się przemawiać za bliznowatem zwężeniem przełyku. Po przyjęciu chorego w ostatnich dniach do kliniki okazało się, że gruba sonda przechodzi przez przełyk z łatwością, przy pomocy zaś ezofagoskopu (dr O. Litwinowicz) znaleziono uchyłek na wysokości 22 ctm., t. j. mniej więcej w poziomie rozdwojenia tchawicy, z uchyłku dało się wydobyć kilkadziesiąt ctm.³ zaległości.

W dyskusyi przemawiali co do pierwszego przypadku: kol. Pisek, przypominając stagninę, którą niektórzy mieli w tętniakach stosować z korzyścią; kol. prof. Ziembicki, podnosząc rzadkość siedziby tego tętniaka i możliwość wzięcia go za zimny ropień; (co przypomina kol. Pisekowi przypadek, jaki się zdarzył niegdyś w Rzymie, znany z literatury, w którym nacięto tętniak na plecach, powodując śmierć chorego); kol. r. dw. prof. Rydygier, powątpiewając o skuteczności stagminy, wreszcie prelegent.

Co do drugiego przypadku. kol. Pisek przypomina sobie młodego chłopaka, który po wypiciu około 50 grm. kwasu solnego nie doznawał zbyt burzliwych objawów i po krótkim pobycie w szpitalu izraelickim wyzdrowiał zupełnie. Kol. r. dw. prof. Rydygier wątpi, aby inną drogą, jak chirurgiczną, tak duży uchyłek można wyleczyć.

Kol. prof. Barącz poddaje pod rozwagę metodę, którą posługiwał się ś. p. Obaliński, do rozszerzania niezłośliwych zwężeń połyku. Sposób ten (jego autora mowca sobie nie przypomina), polega na wprowadzaniu na stałe (*à demeure*) do miejsca zwężenia stożkowatych, coraz to większych lejków, dających się następnie przez usta zapomocą nitki usuwać. Zastosowanie takich lejków, które, opierając się na miejscu zwężonem, zamykałyby zarazem ujście uchyłka, ułatwiałoby karmienie chorego, z drugiej zaś strony uchyłek, nie drażniony pokarmami i stale zamknięty, mógłby łatwiej uledz zanikowi. Kol. O. Litwinowicz nie sądzi, aby się kto zdecydował wywierać stały ucisk na wspomnianej wysokości (22 ctm.).

II. Kol. R. dw. prof. Rydygier wygłosił wykład **o rektoromanoskopii,** przechodząc kolejno historyę badania odbytnicy wziernikiem, technikę tego badania i objaśniając wykład rycinami i przyrządami.

Dyskusya: kol. prof. Barącz widział w Ameryce użycie rekto- i sigmoidoskopu Kellyego bez zastosowania panelektroskopu, przyczem obrazy są wyraźniejsze. Za źródło światła służyła lampka elektryczna o sile 16 świec, umieszczona w okolicy kości krzyżowej, a oświetlająca pole badania za pośrednictwem reflektora, umieszczonego na czole badającego. Kelly posługuje się wziernikami o krótkiej rączce, którymi, zdaniem kol. Barącza, łatwiej można manewrować. Kelly podał nadto, prócz swoich wzierników, łyżeczkę do usuwania resztek kału, nożyczki do wycinania części nowotworu, noże do przecinania ropni, wysoko w odbytnicy usadowionych, itp. narzędzia. Kol. Weksler podnosi praktyczność wziernika Elsnerowskiego. Kol. prof. Mars sądzi, że badanie zapomocą wziernika, dające tylko obrazy wewnętrznej powierzchni odbytnicy, nie może mieć tej wartości, co badanie palcem. Przypomina, że w ginekologii było dawniej wysokie badanie ręczne przez odbytnicę bardzo używane, że badano dwoma palcami, a nawet całą ręką, a Simon miał dosięgać prawie okolicy nerki. Dopiero po r. 1880, t. j. od chwili udoskonalenia badania dwuręcznego, zarzucono w ginekologii badanie wysokie przez odbytnicę. Kol. R. dw. prof. Rydygier w odpowiedzi kol. Bar ączowi zaznacza, że rączek przy wziernikach obecnie już się wcale nie używa. Z kol. Marsem zgadza się, iż, o ile można dosięgnąć palcem, to oczywiście badanie to ma wyższość nad wziernikowaniem. Wprowadzania ręki (według Simona) nie radziłby, bo zdarzały się przypadki, w których następowały wskutek tego pęknięcia. Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

XVIII posiedzenie naukowe z dnia 9. listopada 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 59.

I. Kol. Piasecki przedstawił **nowy pulpit zdrowotny.** Jestto lekki (3 klgr. ważący) przyrząd, zajmujący 34×50 ctm. powierzchni stołu i poprawiający sam przez się wady higieniczne sprzętów domowych. Umożliwia czytanie, pisanie i rysowanie w pozycyi »reklinacyjnej« Lorenza. Przy pisaniu przybiera nachylenie 30°, przy rysowaniu i czytaniu 60°. Wysunięciem płyty ruchomej przystosowuje się do wzrostu 6-letniego dziecka, zarówno jak osoby dorosłej. Przeznaczony jest głównie do pracy domowej, może służyć i do użytku szkolnego. (Dokładny opis przyrządu podany będzie w »Tygodniku Lek.«.

II. Kol. Szumowski wygłosił odczyt p. t.: **„Galicya za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka“ (1772 do 1783).** Odczyt ten jest wyjątkiem z drukującej się obecnie pracy, opartej na poszukiwaniach archiwalnych w Namiestnictwie, oraz w Ministeryach Spraw Wewnętrznych i Oświaty. Prelegent wyodrębnia w osobny okres pierwszy rok rządów austryackich w Galicyi, kiedy organizacya kraju odbywała się pod wpływem życzliwego usposobienia Maryi Teresy, która osobiście była przeciwna rozbiorowi Polski i która w swoich dziedzicznych krajach sprawom zdrowia poddanych troskliwą poświęcala uwagę. Mianowano odrazu pięciu urzędników sanitarnych z wysoką pensyą, dwóch lekarzy: Jędrzeja Krupińskiego, Polaka, urodzonego w roku 1744 w Bielanach pod Kętami, wychowańca wiedeńskiego uniwersytetu, i Jana Sparentego Włocha, rodem z Trydentu, ale umiejącego po polsku, oraz trzech chirurgów Niemców. Prócz tego do Wieliczki, gdzie teraz zjechała cała nowa administracya żup solnych, posłano niebawem osobnego lekarza Józefa Gepperta, Polaka, rodem z Krakowa, oraz udzielono ze skarbu 6000 guldenów bezprocentowej pożyczki na założenie apteki w Wieliczce i na kupno domu, w którym miała być apteka. Na referacie kanclerza Kaunitza w sprawie lekarza i apteki w Wieliczce, cesarzowa napisała własnoręcznie następujące słowa: »wan man gutte Leute dahin haben will, muss man umb etwelche 100 fl. mehr nicht ansehen«. Cesarzowa chciała więc mieć dobrych ludzi w Galicyi i skarbu nie oszczędzała. O germanizacyi nie było mowy. Gdy w pierwszych miesiącach w r. 1773 chirurg Exelberger, Niemiec, zwrócił się do gubernium z prośbą o posadę w Galicyi, gubernium postawiło mu warunek, żeby się nauczył po polsku. Ale to wszystko było tylko tymczasowe, płynęło z życzliwego usposobienia Maryi Teresy, ale nie z określonego programu austryackiego rządu. Według zasad, jakie rząd austryacki wyznawał w drugiej połowie panowania Maryi Teresy, całe państwo austryackie miało się stać państwem niemieckiem, odrębności narodowe skazane były na zagładę, monarchia miała się zlać w jednolitą całość. Przejęty temi zasadami cesarz Józef, zalecał po zajęciu Galicyi rządzić nią na wzór Czech i Morawii. W drugiej połowie roku 1773 zaczyna się stały system rządów w Galicyi z zalewaniem jej obcymi urzędnikami, z germanizacyą i oszczędzaniem skarbu. Krupiński, któremu w pierwszych miesiącach pozostawiono wielką swobodę działania i samodzielność w inicyatywie, został usunięty na dalszy plan, i między nim a gubernium stoi odtąd zawsze gubernialny referent sanitarny. Odtąd też Krupiński, który był dobrym Polakiem, i który znał kraj i potrzeby jego rozumiał, jest z władzą gubernialną często w niezgodzie. Działalność Krupińskiego, jako naczelnego lekarza Galicyi, była bardzo pożyteczna, przerwała ją przedwczesna jego śmierć w roku 1783.

Dyskusya. Kol. Obtułowicz wyraża uznanie za piękny odczyt, illustrujący zajmującą kartę z przeszłości naszego kraju zaraz po rozbiorze Polski i dorzuca kilka uwag, celem wyjaśnienia, że pensye fizyków w latach 1773 i późniejszych, oceniając ówczesną wartość monetarną, były znacznie większe, niż w czasach obecnych, a przy organizacyi sanitarnej w roku 1878 ustanowiono dla lekarzy urzędowych również bardzo skromne pensye, gdyż rząd wykazywał parlamentowi, iż uboczne dochody fizyków czynią ich stanowisko pod względem finansowym bardzo korzystnem. Poruczano też lekarzom powiatowym niemal aż do r. 1890 czynności weterynaryjne, gdyż dopiero w r. 1881 założona szkoła weterynaryjna zwolna rozsiedlała po kraju egzaminowanych weterynarzy, tak, że obecnie każdy powiat ma już

swego lekarza i weterynarza urzędowego. Kol. Skałkowski zapytuje prelegenta, czy autorem dobrego dziełka położniczego p. t. »O sztuce babienia« był Kostrzewski, na co prelegent odpowiada potakująco. Kol. prof. Machek podnosi zaletę przedstawionej źródłowej pracy, która rzuca snop światła na bardzo mało znane dotąd stosunki sanitarne i kulturne Galicyi w pierwszej dobie porozbiorowej. Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 21 listopada 1906.

Obecnych członków 44. Przewodniczy kol. docent Rutkowski.

2) Kol. prof. Kostanecki, jako wiceprezes Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, oddaje w opiekę Towarzystwu popiersie ś. p. Adryana Baranieckiego, dłuta prof. Laszczki, wmurowane w Domu lekarskim ku uczczeniu pamięci znakomitego lekarza i obywatela, stosownie do jednomyślnej uchwały ostatniego Zjazdu w lipcu 1900 r.

Kol. Prezes w gorących słowach dziękuje za nową ozdobę Domu, a drogocenny dla wszystkich nabytek, który zawsze przypominać będzie ideały ś. p. Baranieckiego.

II. Kol. doc. Horoszkiewicz wygłasza rzecz: **O zatruciu lysolem** i przedstawia preparaty z przypadków zatrucia. (Wykład przeznaczony do druku).

W dyskusyi podnosi kol. doc. Seńkowski, że właściwym powodem powstania i wprowadzenia tak licznych nowszych przetworów odkażających do handlu było zapotrzebowanie znacznych ilości smoły drzewnej do fabrykacyi materyałów wybuchowych (melinit, ekrazyt, roboryt i t. d.). Z odpadkami i pośrednimi frakcyami suchej destylacyi nie miano co robić, więc po odpowiedniej przeróbce wprowadzono je, — posługując się olbrzymią reklamą, — pod rozmaitemi nazwami, jak: bacillol, lysol, kreolina i t. d., do handlu. Tego rodzaju jednak środki odkażające powinny być stanowczo wyrugowane. — Kol. prof. Wachholz zaznacza, że znaczenie toksykologiczne lysolu jest większe, aniżeli wielu pokrewnych środków, jak karbolineum, bacillol i t. d. Zwłaszcza w Berlinie często obecnie zdarzają się przypadki zatrucia lysolem; w Wiedniu trują się kobiety przeważnie ługiem sodowym; w Berlinie dawniej truto się szczawianem wapniowym kwaśnym (t. zw. solą szczawikową), w Krakowie do wybranych trucizn należał do niedawnych czasów kwas karbolowy, później siarkan miedziowy. Pod tym względem moda i naśladownictwo odgrywa ogromną rolę.

III. Kol. Korolewicz odczytuje orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej, polecające ampułki ze środkami do wstrzykiwań podskórnych wyrobu aptekarza Wiewiórskiego we Lwowie.

IV. Kol. Frączkiewicz okazuje kilkadziesiąt egzemplarzy **tasiemca,** spędzonego wraz z główkami naraz u jednego chorego.

V. Kol. Prezes przedstawia imieniem zarządu Tow. na członków miejscowego komitetu krakowskiego dla spraw X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie kolegów: prym. Borzęckiego, doc. Glińskiego i prof. Łepkowskiego, których też zebranie jednomyślnie do komitetu tego wybiera; w końcu żegna prezes imieniem Towarzystwa opuszczającego Kraków kol. prof. Ludomiła Korczyńskiego, składając mu podziękowanie za pracę na stanowisku prezesa komisyi przemysłowo-lekarskiej, sekretarza stałego i członka komisyi redakcyjnej. Sekretarz: *Wilczyński.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Walne Zgromadzenie dnia 13. listopada 1906.

Przewodniczy wiceprezes prof. Jaworski. Obecnych członków 18.

1) Protokół z ostatniego Walnego Zgromadzenia przyjęto.

2) Na wezwanie przewodniczącego uczczono przez powstanie pamięć założyciela Wydawnictwa ś. p. Edwarda Korczyńskiego, oraz śp. dra Jana Gwiazdomorskiego.

3) Przewodniczący zawiadamia, że premię za rok 1905 i 1906 stanowić będzie wkrótce mająca się ukazać »Nauka położnictwa« prof. Jordana i doc. Dobrowolskiego. Autorowie oddali Wydawnictwu rękopis dzieła bezpłatnie, za co przewodniczący składa im podziękowanie.

4) Sekretarz zdaje sprawę z obrotu kasowego, sprzedaży dzieł i ruchu członków. W r. 1905 wynosiły dochody 1,864 K 66 h, rozchody 2,889 K 18 h. Ze sprzedaży dzieł wpłynęło 652 K 18 h. Członków liczyło Towarzystwo: honorowych 4, czynnych 76, prenumeratorów 254. — Na wniosek komisyi kontrolującej (dr Buzdygan i dr Rożecki) udzielono zarządowi absolutoryum.

5) Do Zarządu Towarzystwa wybrani zostali jednomyślnie: prezesem prof. Jaworski, wiceprezesem dr G. Bielański. Sekretarz (doc. Międzowicz) i inni członkowie zarządu zostali ponownie wybrani.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 16 października 1906.

1) Kozerski przedstawił 9 chłopców, u których z powodu **liszaja wyłysiającego** *(herpes tonsurans)* naświetlał głowę **promieniami Roentgena** i których przedstawiał w czerwcu rb. po wypadnięciu włosów. Obecnie włosy u wszystkich odrosły, u niektórych w naświetlanych miejscach bujniejsze, grubsze i ciemniejsze.

2) Stankiewicz Cz. przedstawił przypadek **tyłozgięcia macicy** nieruchomego, uleczonego doszczętnie zapomocą **skrócenia więzadeł obłych.**

3) Janowski Wł. wypowiedział rzecz p. t. **„O nerwobolu międzyżebrowym szczególnie z punktu widzenia skarg chorego“.** (Wydrukowaną w »Przegl. lek.«).

W dyskusyi żąda Dunin ścisłego umiejscowienia punktów bolesnych; przeczy temu, aby nerwoból międzyżebrowy mógł wywierać wpływ na powstawanie objawów charakteru ogólnego. Przy nerwobolu, zdaniem D., powinna być bolesność całego nerwu. Wbrew twierdzeniu prelegenta uważa D. to cierpienie za uporczywe i niełatwo poddające się leczeniu; przypomina też o tem, że przy różnych cierpieniach wewnętrznych powstają pasy przeczulicy na skórze.

Bregman podnosi, że często trudno rozróżnić, co jest prawdziwym nerwobolem, a co tylko wyrazem ogólnej nerwicy. Bardzo często widywał on bole twarzowe i kulszowe, które posiadały cechy nerwobolu, jednakże po jednej elektryzacyi lub paklenizacyi natychmiast znikały; były to więc nerwobole rzekome (histerya). U neurasteników zdarzają się również często bole lokalne (t. zw. topalgia), które również naśladować mogą nerwoból. Istota nerwobolów nie jest znana, wiadomo jest wszakże, że zachodzą tu poważniejsze zmiany, które od jednego pryszczydła zniknąć nie mogą.

Grundrach przyznaje, że nerwoból międzyżebrowy może naśladować kamicę żółciową, jednakże nie spostrzegał, ani nie czytał nigdy, aby nerwobolowi, jak to twierdzi prelegent, towarzyszyły mdłości i wymioty.

Sokołowski podnosi zasługę prelegenta w zwróceniu uwagi na cierpienie powierzchowne tam, gdzie narządy wewnętrzne są zdrowe; chociaż pozory mogły przemawiać za istnieniem jakiejś choroby poważnej. Osiąga się przez to znaczne uspokojenie chorego.

Pawiński spotykał typowe nerwobole bardzo rzadko. U osób starszych, dotkniętych miażdżycą tętnic, występują często nerwobole w klatce piersiowej, należy je jednakże zaliczyć do t. zw. bolów naczyniowych, zależnych od sprawy miażdżycowej aorty zstępującej lub tętnic międzyżebrowych. Niekiedy takie bole zależą od ukrytych tętniaków aorty. Przy bolach tych jednak nie ma punktów bolesnych. Przyczyną bardzo dokuczliwych bolów, przypominających niekiedy dusznicę bolesną, bywa też półpasiec (*herpes zoster*), rozwijający się w okolicy sercowej.

Korzon spostrzegał chorą, dotkniętą dną, u której istniały bardzo silne bole napadowe w okolicy serca, powtarzające się co noc i nieraz kilkakrotnie w dzień. Po wyczerpaniu wszystkich środków, mowca zastosował raz prąd galwaniczny na okolicę serca, poczem bole te znikły i więcej się nie powtórzyły.

Krajewski w przeciwieństwie do twierdzenia prelegenta, iż nerwoból międzyżebrowy naśladować może różne organiczne choroby wewnętrzne, podnosi, iż znane są spostrzeżenia odwrotne. Powszechnie między innemi wiadomo, iż każdemu organicznemu cierpieniu wewnętrznemu odpowiada bolesność w pewnej ściśle ograniczonej okolicy skóry. Nie obcem jest lekarzom zapalenie płuc t. zw. *à point de côté abdominale*, gdzie przez kilka dni nie ma żadnych innych objawów, prócz bolesności prawej okolicy brzucha; dawało to nieraz powód do mylnego rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego.

Kopczyński Stanisław wątpi, czy właściwem jest rozpoznawanie przez prelegenta nerwobolu tam, gdzie chorzy skarżą się na uczucie załamowania oddechu i ból w okolicy serca przy rozszerzaniu się klatki piersiowej. Idzie tu, zdaniem mowcy, nie o nerwoból międzyżebrowy, ale raczej o skurcz mięśni międzyżebrowych. K. nie rozpoznawałby nerwobolu międzyżebrowego tam, gdzie punkty bolesne znajdują się w okolicy pępka. Jestto raczej nerwoból splotu trzewnego *(plexus solaris)*. Wreszcie w wielu przypadkach bolu w lewym boku, jak to określają chorzy, ma się przed sobą nie nerwoból, lecz sensacye o podkładzie psychicznym.

Zieliński Edward nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, jakoby zrosty opłucnej małą odgrywały rolę w powstawaniu nerwobolu międzyżebrowego. Zrosty takie są bardzo częste, u suchotników należą prawie do prawideł; występują często w postaci długich, cienkich pasm włóknistych, które, targane na obie strony przy oddechu, mogą wywoływać dotkliwe bole międzyżebrowe. Takie zrosty zwykły właśnie ograniczać się do pojedynczych międzyżebrzy.

Kamocki przytacza przykład odwrotny w stosunku do obrazów prelegenta. Sam po grypie dostał gwałtownych bolów międzyżebrowych z silną bolesnością skóry; w braku wszelkich objawów fizycznych ze strony płuc rozpoznano nerwobol międzyżebrowy; zjawienie wkrótce rdzawej plwociny i trzeszczeń — o omyłce rozpoznawczej przekonało.

Rzętkowskiego uderza niewspółmierność pomiędzy stanem chorych, a szybkiem ich uleczaniem. Chorzy, uważani za nieuleczalnych, po jednem pryszczydle w ciągu doby wracali do zdrowia. W tych przypadkach istniała zapewne nie neuralgia, lecz zaburzenia na tle psychicznem. Z tablic, które przedstawił prelegent widać, że cierpienie, uważane przezeń za nerwoból międzyżebrowy, zdarza się częściej u kobiet, niż u mężczyzn, z drugiej strony ma zaś ono występować najczęściej na tle skazy moczanowej. Jednakże powszechnie wiadomo, że skaza moczanowa zdarza się najczęściej u mężczyzn. Dziwnem jest dalej, że po pryszczydle nerwoból znika, skoro tło (skaza) zostaje. Jeżeli słusznem jest twierdzenie prelegenta, że nerwobole pozostają w związku z zaburzeniami krążenia żylnego w okolicy nerwów międzyżebrowych, to uderzyć musi każdego, dlaczego nie spotyka się ich przy rozedmie płuc, gdzie zastój żylny występuje w największym może stopniu.

Janowski odpowiada Duninowi, że właśnie nerwoból międzyżebrowy znamionuje się tem, że nie występuje wzdłuż jednego nerwu, lecz w obrębie rozgałęzień kilku pni. Nie można dla rozpoznawania nerwobolu międzyżebrowego żądać stwierdzenia bolesności całego nerwu, leży on bowiem zbyt głęboko. Właśnie dla tych nerwobolów jest znamienną bolesność tylko pewnych punktów, odpowiadających powierzchownym rozgałęzieniom tych nerwów przy zupełnej niebolesności sąsiednich. Że opisanego przez J. obrazu nerwobolu dotąd nigdzie nie ma w piśmiennictwie, dowodzi tylko może, że J. spostrzegał to, na co inni uwagi nie zwrócili. Bregmanowi zwraca J. uwagę, że inne nerwobole od pryszczydeł nie ustępują, w nerwobolach zaś międzyżebrowych są one lekiem swoistym; teoretycznie działania ich mowca wytłómaczyć sobie nie umie. Nie może J. za nerwoból rzekomy uważać nerwobola, trwającego, jak w wielu jego przypadkach, miesiące i lata, dającego napady i typowe punkty bolesne, a przytem znikającego bezpowrotnie od pryszczydła. Że inni autorowie uważają te cierpienia za rzadkie, to daje się tłómaczyć niedostatecznem badaniem międzyżebrzy. J. nie zgadza się z Kopczyńskim, aby opisywany przezeń ból w boku mógł być mięśniowym, nie dawałby bowiem wtedy punktów bolesnych. Bole i inne objawy (sercowe, żołądkowe) nie mogłyby być pochodzenia psychicznego, gdyż nie trwałyby wtedy tak długo, i nie wywoływałyby zawsze jednakowych skarg, a co ważniejsza, nie znikałyby po pryszczydle. Przy podrażnieniu splotu trzewnego może być czasami ból w międzyżebrach, ale nie ma wtedy punktów bolesnych. — Grundrachowi odpowiada mowca, że sam również widział nerwobole międzyżebrowe, które naśladowały kamicę wątrobną. Wobec mdłości i wymiotów przy nerwobolu międzyżebrowym mowca sam z początku miewał wątpliwości; spostrzegając jednakże 5 razy niewątpliwie podobne zjawisko, mowca podaje fakt ten do wiadomości ogółu. Objawy te zależały niewątpliwie od nerwobolu międzyżebrowego, skoro przy leczeniu nerwobolu szybko ustępowały, gdy natomiast wszelkie inne leczenie zawodziło. W odpowiedzi Krajewskiemu zaznacza mowca, że stwierdzenie zapomocą obmacywania punktów bolesnych dowodzi zawsze, że mamy przed sobą nerwoból, bo żadne inne cierpienie przewlekłe przy badaniu palcem wyraźnie ograniczonych punktów bolesnych nie daje. — Pawińskiemu zwraca uwagę, że nie mówił nic o zaburzeniach krążenia, zależnych od nerwobolu międzyżebrowego; mówił tylko o szeregu objawów, naśladujących cierpienie serca, a zależnych istotnie od nerwobolu międzyżebrowego. — Mowca zgadza się z Zielińskim, że zrosty opłucne mogą być powodem nerwobólu międzyżebrowego nawet w najwcześniejszych okresech gruźlicy. Anatomicznie jednak dowieść tego nie można, gdyż podobne przypadki do badania pośmiertnego nie dochodzą. — Rzętkowskiemu odpowiada, że skaza moczanowa jest istotnie cierpieniem, które najbardziej do powstawania nerwobolu międzyżebrowego usposabia. Niesłusznie Rz. podaje spostrzeżenia mowcy w wątpliwość; podobnie jak n. p. w doświadczeniu fizycznem trzeba naprzód przeprowadzić spostrzeżenia bez względu na to, czy i jak się je potem rozumieć będzie. Że Rz. nie widywał przypadków nerwobolu międzyżebrowego, tłómaczyć można tem, że nie wiedział on o potrzebie szukania go przy pewnym szeregu skarg. Zdanie Rz., że skaza moczanowa zdarza się u kobiet daleko rzadziej, niż u mężczyzn, jest zupełnie błędne. Przeczy temu doświadczenie osobiste mowcy. *Ign. I.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich ogłasza:

Ponieważ sprawa ubezpieczenia odpowiedzialności (*Haftpflichtversicherung*) nie jest jeszcze jednolicie i ostatecznie rozstrzygniętą, przeto, wyłącznie w interesie kolegów, podajemy do ich wiadomości następujące przepisy postępowania: 1) żaden lekarz nie powinien dla siebie z osobna zawierać takiego ubezpieczenia; 2) obecnie zaleca się zawierać tylko ubezpieczenia zbiorowo, po 10 i więcej członków, na dwa lata, 3) zaleca się wszystkie takie ubezpieczenia przesyłać przed zawarciem celem oceny prezydyum Związku państwowego.

Dr L. Nekowitsch, wiceprezes. *Dr Fr. Janeczek*, prezes.

Państwowemu Związkowi organizacyi lek. austr. przypada zdaniem dra Perko (*Aerztl. Standesztg.* Nr 23) zadanie rozwiązania sprawy ubezpieczenia odpowiedzialności (Haftpflichtversicherung), sprawy lekarzy szkolnych i sprawy wolnego wyboru lekarzy. Szczególnie w tej trzeciej sprawie niełatwo będzie pogodzić sprzeczne interesa lekarzy młodszych i starszych, lekarzy, mających obecnie stałe posady w kasach i t. d., co wikła się jeszcze bardziej przez stosunki narodowościowe. Z powodu tychto stosunków organizacya lekarska nie może być tak scentralizowaną, jak w Niemczech, lecz muszą się tworzyć odrębne organizacye według krajów, a w krajach o ludności mieszanej według narodowości. Ani Czesi, ani Polacy, ani Włosi nie poddadzą się bezwzględnie centralizacyi całego ruchu w Wiedniu, to też Związzk może być tylko łącznikiem między poszczególnemi organizacyami. *R.*

Organizacya lekarzy gminnych dolnoaustr. ogłasza ciekawe zestawienie ustnych zapewnień władz dolnoaustr. z ich odpowiedzią, daną organizacyi na piśmie. Zarówno namiestnik, jak marszałek krajowy zapewniali 30 czerwca b. r. delegatów organizacyi o swej życzliwości dla lekarzy, a marszałek oświadczył, że będzie od czasu do czasu wzywał zarząd organizacyi na konferencye i wyraził życzenie, by organizacya przedkładała swoje żądania w sprawie zmiany okręgów sanitarnych, ich obsady i t. d. wprost Wydziałowi krajowemu. Natomiast pismem z 7 września b. r. L. 17.665 oznajmił Wydział krajowy organizacyi, że do zabierania głosu w tych sprawach są wobec Wydziału kraj. jedynie uprawnione: krajowa rada zdrowia i Izba lekarska, i że do nich też Wydział zwykł się zwracać, organizacya zaś, jako stowarzyszenie prywatne, może wnosić przedstawienia tylko do Izby lekarskiej. Organizacya nie pozostawiła tego pisma bez odpowiedzi, w której stwierdza, że Wydział krajowy jeszcze ani razu nie zasięgał w wymienionych sprawach zdania Izby lekarskiej, i oznajmia, że sama bez rad Wydziału krajowego potrafi sobie wybrać najwłaściwszą drogę postępowania. (*Ärztl. Standesztg.* 23). *R.*

Bezrobocie aptekarzy, zapowiadane przez nich z powodu nowej ustawy aptekarskiej, postanowiło prezydyum Związku państw. organizacyi lek. austr. zwalczać, jako pośrednio skierowane przeciw lekarzom; gdyby celem bezrobocia było polepszenie bytu pomocników aptekarskich, toby lekarze na nie nie oddziaływali. (*Ärztl. Standesztg.* 23). *R.*

Nową ustawę aptekarską austryacką, uchwaloną już także przez Izbę Panów omawia w dalszym ciągu dr Mikołajski w Nr 23 »Głosu lekarzy« ze względu na zawarte w niej postanowienia o aptekach domowych. Według § 30 ma lekarz prawo wydawać leki ze swej apteki domowej swoim pacyentom, o ile leczenie nie odbywa się w miejscowości, w której jest apteka publiczna, a pacyentom innych lekarzy, jeśliby lekarstwo nie mogło być na czas sprowadzonem z apteki publicznej. § 31 nakazuje lekarzowi zajmować się prowadzeniem apteki domowej osobiście, zakazuje ją wydzierżawiać, oddawać agendy komu innemu, używać sił pomocniczych do samodzielnego dysponowania lekarstw. Materyały do urządzenia apteki domowej, przetwory chemiczne i farmaceutyczne, oraz inne przetwory lecznicze wolno lekarzowi pobierać tylko z jednej z krajowych aptek publicznych. Nadto zawiera ten § zastrzeżenie (powołanie się na § 6 i 7), że lokal i urządzenie apteki domowej ma odpowiadać wymogom sanitarnym, że apteki takie podlegają co do przepisanych zapasów i t. d. (farmakopei), ceny leków i robót, opustów dla zakładów humanitarnych i t. d. tak samo rozporządzeniom wykonawczym, ustawę uzupełnić mającym, jak apteki publiczne.

Ograniczenie prawa wydawania leków, zawarte w § 30, jest zbyt wielkie, bo nieraz może chory otrzymać rychlej leki z apteki domowej (zabrane ze sobą przez wezwanego lekarza n. p. przeciwkrwotoczne), niż z apteki publicznej, chociaż ona jest w tej samej miejscowości, ale n. p. o parę kilometrów, na drugim jej końcu. Trzeba się starać, by rozporządzenia wykonawcze usunęły wszelkie wątpliwości i zawierały jasne w tym względzie przepisy. Przymus zaopatrywania apteki domowej lekami i t. d. z apteki publicznej, zawarty w § 31, jest protegowaniem aptekarzy kosztem lekarzy i publiczności i krzywdzi lekarzy tem więcej, jeżeli stosownie do § 7 zmuszać się ich będzie do takich opustów dla kas chorych i t. d., jakich im może aptekarz, dostarczający zapasów, nie przyzna.

Bardzo ciekawe są przytoczone przez »Głos lekarzy« wywody rządu, uzasadniające poszczególne postanowienia ustawy, a zawierające odpowiedź na żądania, jakie do rządu zgłaszały w sprawie ustawy koła lekarskie i aptekarskie. Koła aptekarskie (grożące teraz z powodu nowej ustawy nawet bezrobociem), żądały wogóle niesłychanie wielkich ograniczeń z krzywdą lekarzy, a co ważniejsze, ze szkodą dla publiczności; a przecież apteki są tylko instytucyą pomocniczą lecznictwa i bez lekarzy istniećby nie mogły! *R.*

Sprawę felczerów w Królestwie Polskiem omawia z powodu zamierzonej reorganizacyi szkoły felczerskiej dr Męczkowski w »Gaz. lek.« (Nr 47), rozpatrując ją zarówno ze stanowiska historycznego, jak i potrzeb doby obecnej. Jedynem rozwiązaniem sprawy jest to, które jeszcze w roku 1864 podawali członkowie Szkoły głównej, a w r. 1884 Towarzystwo lekarskie warszawskie, a mianowicie: zniesienie instytucyi felczerów i zupełne zwinięcie szkoły felczerskiej, a natomiast stworzenie szkół dozorców i dozorczyń chorych, oraz dostatecznej liczby szpitali gminnych, kierowanych i obsługiwanych wyłącznie przez lekarzy. Za zniesieniem instytucyi felczerów oświadczyli się lekarze również w r. 1892 i 1900. Sprawę felczerów omawiano także na pierwszem Walnem Zebraniu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w Warszawie 29 listopada b. r., na zasadzie sprawozdania dra Hewelkego, którego wnioski nie różnią się od opinii członków Szkoły głównej i Towarzystwa lekarskiego. Obrady w »Stowarzyszeniu lekarzy polskich« dały »Przeglądowi felczerskiemu« (Nr 23) pochop do gwałtownego wystąpienia w artykule p. t. »W obronie prawdy«. Autor artykułu zarzuca lekarzom, że skasowania szkoły i całej instytucyi felczerów żądają w obronie li tylko interesów zawodowych, by pozbyć się »podrywających materyalnie interesa lekarzy szkodników«; żądanie lekarzy, by zamiast felczerów utworzono instytucyę dozorców (pielęgniarzy), nazywa autor »postępem wstecznym, niewłaściwie dekorowanym w szaty dobra ogółu«; opór przeciw reformie szkoły felczerskiej w r. 1884 przypisuje »złej wierze« lekarzy a w końcu grozi, że nawet po zwinięciu szkoły warszawskiej będą Królestwu dostarczać felczerów szkoły w cesarstwie; jeżeli zaś kraj uzyska samorząd, to »o dalszej egzystencyi swojej i my decydować będziemy, bo nas poprą te masy proletaryackie, którym w niedoli służyliśmy...« Stanowisko »Przeglądu felczerskiego« charakteryzuje zresztą list jednego ze współpracowników, wzywający do »walki z lekarzami-felczerożercami«. *R.*

Dobrowolne ofiary chorych szpitalnych zamożniejszych na korzyść oddziałów szpitalnych, obracane na ulepszenie oddziałów, stały się sprawą sporną i w Warszawie. Ordynatorowie oddziałów proponowali, by większe ofiary dla lepszej kontroli nie były przyjmowane do skarbonek, lecz na ręce ordynatorów i wpisywane do ksiąg. Nie zgodziła się na to Rada miejska, bo to mogłoby jakoby »zachwiać wiarę publiczności, że ofiary dochodzą do właściwych rąk«. Przeciwko tej, uchybiającej lekarzom, uchwale protestuje energicznie »Gazeta lek.« (Nr 47). *R.*

Odmówić środkom leczniczym ochrony patentowej uchwaliła komisya Rady związkowej szwajcarskiej zgodnie z życzeniem szwajcarskiego Towarzystwa aptekarskiego, a wbrew żądaniu fabryk chemicznych szwajcarskich i niemieckich. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2. do 8. grudnia 1906 doniesiono o 7 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (Kozłów 2), Cieszanów (Krowica hołodowska 1), Drohobycz (Jasienica solna 1), Nisko (Kopki 1), Zaleszczyki (Beremiany 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 25/XI a 1/XII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 8 (obcych 3), krztuśca 5 (—), ospy — (—), płonicy 8 (1), odry 7 (2), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), nagminnego zapalenia opon — (—). W tymże czasie zmarło z błonicy 2, krztuśca 1.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 2 a 8/XII b. r. urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 1, zmarło osób 57 (obcych 29); z tego z gruźlicy 15 (8), zapalenia płuc 13 (2), błonicy 2 (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (1), odry — (—), innych chorób zakaźnych 3 (1), śmiercią gwałtowną 1 (1).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Przedstawiciele poszczególnych specyalności z działu medycyny w Warszawie utworzyli lekarski komitet warszawski i wybrali na sekretarza dra Jakowskiego (Wspólna 26), a na jego pomocnika dra Karwackiego.

Utworzono następujące sekcye: 1. medycyny wewnętrznej [przewodniczący dr Jakowski (Wspólna 26) i dr Edward Zieliński (Senatorska 4)], 2. chirurgiczna [przewodn. dr Bronisław Sawicki (Krucza 41) i prof. dr Kryński (Wróbla 15)], 3. ginekol.-położnicza [dr Jaworski (Zielna 13)], 4. pedyatryczna [dr Kamieński (Chmielna 35)], 5. medycyny teoretycznej (fizyol. i patol.) [dr Dmochowski (Chmielna 17) i dr Karwacki (Nowo-Sienna 1)], 6. chorób nerwowych i umysłowych [dr Flatau (Marszałkowska 150)], 7. chorób skórnych i wenerycznych [dr Elsenberg (Marszałkowska 132)], 8. okulistyczna [dr Zygmunt Kramsztyk (Nowo Senatorska 6)], 9. otyatryczna [dr Guranowski (Nowo-Jasna 4)], 10. ryno-laryngologiczna [dr Sokołowski (Mazowiecka 6)], 11. dentystyczna [dr Gruszczyński (Aleje Jerozolimskie 84)], 13. prasy lekarskiej [dr Józef Zawadzki (Szkolna 81)], 13. spraw zawodowych stanu lekarskiego [vacat], 14. medycyny sądowej [vacat], 15. wychowania fizycznego [wejdzie w skład oddziału higieny, którym się zajmuje dr Polak].

Członkiem stałej Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich na Królestwo i sąsiednie prowincye jest prof. dr Baranowski (Krakowskie przedmieście 7), zastępcami: dr Karol Rychliński (Bracka 23) i P. Władysław Leppert (Aleje Jerozol. 82). Komisarzem dla spraw wystawy na Królestwo polskie i prowincye sąsiednie został wybrany dr Stanisław Kurtz (Sienna 22). Wkrótce ma się utworzyć jeszcze komitet przyrodniczy i komitet higieniczny, które zorganizują się na wzór komitetu lekarskiego.

Wiadomość o terminie Zjazdu od 22.—25 lipca 1907 przyjęli koledzy warszawscy z żywem zadowoleniem.

Odroczona w r. 1904 z powodu wojny na dalekim wschodzie wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna, która była już wówczas w najdrobniejszych szczegółach przygotowana i rokowała świetne wyniki, gdyż do chwili odwołania t. j. do lutego 1904 wpłynęło już było 485 zgłoszeń pierwszorzędnych wystawców, przyjdzie wreszcie do skutku w r. 1907.

Odbędzie się ona mianowicie przy sposobności X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w czasie od 16. czerwca do 25. lipca 1907 roku w pałacu sztuki na placu powystawowym we Lwowie.

Ruchliwy komitet, na którego czele stoi ponownie dr Kalikst Krzyżanowski, czyni już wszelkie starania i przygotowania, by przedsięwzięcie powiodło się w całej pełni i osiągnęło wytyczone cele, jakimi są: uwidocznienie postępów polskiej nauki w dziedzinie przyrodniczo-lekarskiej, rozpowszechnienie tych postępów w sposób dydaktyczno-informacyjny wśród najszerszych warstw społeczeństwa i podniesienie przemysłu polskiego, stojącego bądźto w zależności, bądźteż w jakiejkolwiekbądź łączności do tych nauk. Cele to godne najszerszego poparcia. To też życzyć należy komitetowi, by i obecnie osiągnął takie samo zainteresowanie się ogólne dla swego przedsięwzięcia, jak tego dopiął był w r. 1904 i by żmudna praca, jakiej się podjął, wyszła na pożytek kraju i naszego narodu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada honorowa Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyła dnia 6 grudnia 1906 posiedzenie, na którem proprowadzono rozprawę ustną przeciw drowi G. wskutek kilku skarg, wniesionych do Izby. Celem przesłuchania dalszych jeszcze świadków, odroczono rozprawę o godz. 9 wieczór do następnego posiedzenia. *L.*

— Posiedzenie sekcyi higieny żywienia odbyło się w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w dniu 10 grudnia. Dr Bier przedstawił program prac sekcyi. W dyskusyi przemawiali dr Blassberg, prof. Ciechanowski, dr Frączkiewicz i dr J. Landau.

— Dnia 12. b. m. odbyło się posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej Towarzystwa lek. krak., na którem Bier przedstawił referat o gruźlicy w Krakowie i o projekcie zwalczania jej w miastach. W dyskusyi zabierali głos: delegat Kasy chorych dr Kapellner, delegat biura ubogich dr Reiner, prof. Jordan i dr Flis. Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia.

— Dziekanat Wydziału lekarskiego rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze weterynaryi i mikrobiologii z płacą roczną 1400 K. Termin podań do 30 grudnia b. r.

— Ze sprawozdania Towarzystwa Biblioteki uczniów Wydziału lek. krak. za r. 1905/6, w którym Biblioteka kończy czterdziestolecie działalności, jako stowarzyszenie, wynika, że instytucya ta, bardzo ułatwiająca niezamożnej młodzieży studya przez wypożyczanie potrzebnych podręczników, w ostatnich latach znakomicie się rozwinęła. Księgozbiór Towarzystwa składa się z 1481 dzieł, 690 roczników czasopism i 1088 broszur; obrót pieniężny wyniósł w ostatnim roku 4487 K. Bardzo użyteczną jest zaprowadzona od niedawna t. zw. »Księga pośrednictwa«, ułatwiająca członkom biblioteki nabywanie podręczników na własność na spłaty. W tym dziale wynosił obrót 4320 K. Energiczne starania o wydobycie zaległości od dawnych dłużników, uwieńczył przeważnie pomyślny skutek; względem opornej ich reszty rozpoczęto już kroki sądowe.

We Lwowie istniejące podobne stowarzyszenie przebywa w tym roku niestety przesilenie z powodu rozterek polityczno-społecznych, które niewiadomo skąd wybuchły w Towarzystwie, mającem tylko humanitarne zadania i zakres działania.

— Nowy budynek szpitalny w Nowym Sączu został ukończony i miał być oddany do użytku podobno jeszcze 1/XI; dotąd to jednak nie nastąpiło.

Lwów. Kursa feryalne dla lekarzy doszły do skutku. Uczestniczą w nich lekarze z różnych stron Polski.

— XXI posiedzenie naukowe odbyło się w dniu 7 b. m. 1) Dr Nowicki przedstawił preparat ciąży zewnątrzmacicznej u osoby 40-letniej, u której rozpoznano za życia krwotok zewnętrzny w guzie złośliwego w jamie brzusznej najprawdopodobniej nabłoniaka kosmówkowego, oraz przepuklinę pachwinową lewą uwięźniętą, którą operowano. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznej około $1\frac{1}{2}$ litra krwi płynnej i duży guz, wypełniający prawie całą jamę brzuszną, a wychodzący z jajowodu lub jajnika prawego, których zresztą odszukać nie zdołano we wnętrzu miękkiej, powiększonej macicy błony miękkie, różowe, łatwo dające się zdejmować. Po rozcięciu guza okazało się, że jestto worek płodowy, zawierający płód około 9-miesięczny. Worek ten w górnej części pękł i stąd krwotok do jamy brzucha. Przypadek ciekawy z tego względu, że ciąża jajowodowa dotrwała do 9-tego miesiąca i że trudności w jej rozpoznaniu były wielkie. 2) W obszernej dyskusyi na ten temat, zabierali głos drowie: Czyżewicz, Selzer, prof. Ziembicki, dyrektor Staszewski, doc. Sołowij i Wein. Dr Czyżewicz omawia historyę choroby i podnosi trudności rozpoznania. Chora, u której ostatnia regularność pojawiła się w marcu b. r., była już raz w lipcu na oddziale położniczo-ginekologicznym, gdzie rozpoznano krwiestek zamaciczny, powstały po pęknięciu ciąży zewnątrzzamacicznej. To też gdy obecnie chorą przywieziono po raz drugi na oddział w stanie nader groźnym z powodu krwotoku wewnętrznego, myślano w pierwszej chwili o ciąży zewnątrzmacicznej, jednak, ze względu na dane wywiady, przechylono się do rozpoznania krwotoku z nabłoniaku kosmówki, powstałego z dawniej pękniętej »ciąży zamacicznej«. To o tyle zdawało się prawdopodobnie, że prawdziwych objawów ciąży, jak tętno, część płodu i t. d. nie było zupełnie, a z objawów ciąży domniemanych były tylko niektóre. Dyr. Starzewski podnosi, że w danym przypadku dokładnie znane wywiady wyszły właśnie na niekorzyść rozpoznania. Koledzy inni, na których oddziale chora przebywała (oddz. II wewn.; oddział chirurgiczny), mimo, że nie są zawodowymi położnikami, nie znając jednak wywiadów, myśleli tylko o ciąży zewnątrzmacicznej. 3) Kol. Moraczewski omawia 2 przypadki lewutozuryi, spostrzegane przez siebie. Jeden z nich dotyczył 16-letniej nerwowej panny, u której lewulozurya wystąpiła bez widomych przyczyn nagle i nagle po pewnym czasie znikła, nie pojawiając się już później; drugi dotyczył młodego chłopaka, również nerwowo usposobionego. W obu przypadkach istniała skłonność do fosfaturyi. Od właściwej cukrzycy różni się lewuloyurya brakiem polyuryi i wyniszczenia ustroju. Lewulozę znaleść można często w moczach, w których jest cukier prawowzrotuy, i być może, że częściej byśmy ją znajdowali, gdyby nie badano tylko polarymetrem. Powinno się zatem obok polarymetru badać także i zapomocą miareczkowania. Obecność cukru prawozwrotnego może zakryć obecność lewulozy przy badaniu polarymetrem. Różnica natomiast w liczbach, otrzymana przy miareczkowaniu, a potem przy polarymetrze może dać pewną wskazówkę, że obecną jest lewuloza. Lewulozurya zwiększa się tylko przy podawaniu węglowodanów, ustrój z białka wprowadzanego doń napewno, jej nie wytwarza. W dyskusyi zabierali głos kol. Gittelmacher, Wilenko, W. Ziembicki i prelegent.

— Egzamin fizykacki złożyli dr Julian Hückel i dr Henryk Rosmarin.

— Z końcem r. 1905 było w Galicyi 77 samoistnych gmin sanitarnych (licząc Lwów i Kraków) i 138 okręgów sanitarnych (o 7 więcej, niż w r. 1904); lekarzy gminnych i okręgowych było 250 (o 15 więcej), z poborami 416.743 kor.; akuszerek gminnych i okręgowych było 838 (o 19 więcej), z poborami 127.689 kor. (»Tyg. lek.« 49).

Warszawa. Zgromadzenie ogólne »Stowarzyszenia lekarzy polskich« odbyło się 29/XI. 1906 przy udziale 160 członków. Prezes dr Dunin nakreślił program prac Stowarzyszenia w najbliższej przyszłości, a dr Hewelke przedstawił referat w sprawie felczerów, zalecając skasowanie szkoły felczerskiej, a utworzenie szkół dozorców chorych. Zarząd »Stowarzyszenia« upoważniono do powołania komisyi, którąby sprawę felczerów wszechstronnie rozpatrzyła.

— Utworzenie szkół położnych przy warszawskich przytułkach położniczych przyjmuje »Gazeta lek.« (Nr 47) z uznaniem, zarzucając jednak ustawie tych szkół: 1) brak wyraźnego zastrzeżenia, że wykłady będą się odbywać w języku polskim, jedynie dla uczennic zrozumiałym, 2) wyznaczenie zbyt wielkiej liczby uczennic (24 rocznie) na jeden przytułek, 3) biurokratyczną formalistykę w przyjmowaniu uczennic, 4) zbyt wysoką opłatę (100 rb.) za naukę.

— Z inicyatywy dra Wizla powstało Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi izraelitami na wzór dawniej przez dra Rychlińskiego stworzonego podobnego Towarzystwa ogólnego.

— Warszawa ma obecnie aż dwa Towarzystwa dentystyczne: »Warszawskie Towarzystwo odontologiczne« i »Związek odontologów m. Warszawy« (zawiązany 4/XI. 1906, a wrogo dla tamtego usposobiony). Oba Towarzystwa, liczące po czterdziestu kilku członków, obejmują razem ledwo $\frac{1}{3}$ ogółu dentystów warszawskich. Zarząd »Warszawskiego Towarzystwa odontologicznego«, zawiązanego przed paru miesiącami, składają: prezes Przedpełski, wiceprezes Idzikowski, sekretarz Krakowski, Goldberg i Miączyńska.

— W liście otwartym do Redakcyi »Gazety lekarskiej« (Nr 46) prostuje dr J. Szwajcer, b. lekarz naczelny i członek komitetu budowy szpitala dla chorych zakaźnych im. św. Stanisława, twierdzenie, jakoby szpital ten był nieodpowiednio budowany i urządzany. Przy otwarciu szpitala istniała zarówno dobra kamera odkażająca, jak odpowiednia pralnia, parowa suszarnia bielizny, wystarczająca wentylacya, pokój dla lekarzy, wychodek

dla chorych, oczekujących przyjęcia i t. d. Dopiero później, gdy dr Szwajcer przestał być lekarzem naczelnym, ograniczono pralnię do jednej izby, skasowano suszarnię, wychodek przerobiono na budkę telefoniczną i t. p. Dr Sawicki zaś podtrzymuje (w Nr 47) twierdzenie, że wytknięte przez niego usterki obecnie rzeczywiście istnieją.

— Termin konkursu na popularne dziełko o gruźlicy z fundacyi dra A. Sokołowskiego upływa 1. marca 1907.

Z różnych stron. Dzieło dra Alfreda Sokołowskiego »O chorobach płuc« w niemieckiem tłómaczeniu dra Fabiana ocenia bardzo pochlebnie w »Münchener med. Wochenschrift« prof. Penzoldt, zarzucając tylko księgarni nakładowej, że do tak niezwykle cennego dzieła nie postarała się o ilustracye.

— Dzienniki polityczne donoszą, że słynny chirurg prof. August Bier z Bonn, zgodził się zostać przybocznym lekarzem sułtana przyczem ma objąć kierownictwo szkoły lekarskiej w Konstantynopolu.

— 28. Zjazd balneologiczny odbędzie się w Berlinie z początkiem marca 1907. Wykłady zgłaszać można do 15/1. 1907 (Ghmr. dr Brock, Berlin NW. Thomasiusstr. 24).

— Nad XIV międzynarodowym zjazdem higieniczno-demograficznym, mającym się odbyć w Berlinie we wrześniu 1907, przyjęła protektorat cesarzowa niemiecka.

— Uniwersytet w Tübingen nadał honorowy dyplom doktora medycyny księgarzowi Enke ze Stuttgardu za zasługi, położone przez wydawnictwa dzieł lekarskich.

— We Frankfurcie n/M. powstał »Instytut misyi lekarskich, celem kształcenia lekarzy dla misyi. Odpowiedni zakład zbudowany będzie w Tübingen.

— Ku uczczeniu pamięci Billrotha zapisał dr Barbieri, zmarły w Wiedniu, 300,000 K na stypendya dla młodych chirurgów, kształcących się w klinice, niegdyś przez Billrotha kierowanej.

— W szpitalu św. Antoniego w Paryżu odsłonięto pomnik Hanota.

— Wśród słuchaczy wydziału lekarskiego paryskiego wybuchły zaburzenia, wskutek czego dziekan wydziału zagrozić musiał jego zamknięciem.

— Francuskie ministeryum oświaty wskutek interwencyi lekarskiego klubu parlamentarnego wstrzymało wykonanie dekretu, wprowadzającego »certyfikat wyższych studyów lekarskich«.

— We Francyi wydaną ma być ustawa, normująca naukę dzieci, nieprawidłowo się rozwijających.

— W samym tylko departamencie Sekwany pomieszczonych jest w szpitalach i schroniskach 14,800 obłąkanych rocznym kosztem 11 milionów franków.

— Sąd paryski skazał matkę dziecka, dotkniętego kiłą i lekarza domowego, którzy podawali, że dziecko jest zdrowe, na zapłacenie 8,000 fr. odszkodowania mamce, która się kiłą od tego dziecka zakaziła. Oskarżonych w tej sprawie lekarza prefektury policyi i lekarza biura umieszczeń sąd uniewinnił.

— Naturalny przyrost ludności we Francyi zmniejsza się ustawicznie. W r. 1905 wynosił już tylko 0,10 prc. (w roku 1904 — 0,15 prc.).

— II międzynarodowy zjazd »Instytucyi kropli mleka« odbędzie się w Brukseli 16—20 września 1907. Na zjeździe zawiązana zostanie międzynarodowa »Unia instytucyi opieki nad dziećmi«, której pierwsze zebranie odbędzie się bezpośrednio po zjeździe. W liście członków komitetu zjazdu znajduje się jedno tylko nazwisko polskie: dra Tadeusza Żeleńskiego z Krakowa. Tem pożądańszą jest rzeczą, aby instytucye »Kropli mleka«, istniejące przecież w różnych punktach ziem polskich, przedstawiły zjazdowi wyniki swej działalności i wzięły w nim udział.

— VI Zjazd chirurgów rosyjskich ma się odbyć w Moskwie 28—30/XII. s. s. 1906.

— Konferencya profesorów Akademii wojskowolekarskiej w Petersburgu uchwaliła wyrazić ubolewanie i naganę młodzieży, wciągającej instytucyę naukową w sprawy polityczne, ale zarazem prosiła ministerstwo o ponowne otwarcie akademii.

— Z powodu 25-tej rocznicy śmierci znakomitego rosyjskiego chirurga Pirogowa powzięto w Moskwie myśl zbudowania »Domu im. Pirogowa«. W Petersburgu odbędzie się ku uczczeniu pamięci Pirogowa wspólne uroczyste posiedzenie wszystkich Towarzystw le-karskich.

— Rosyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża, u nas nieszczególną mające opinię, wydało w ciągu 2 lat wojny rosyjsko-japońskiej podobno 29,450,000 rubli.

— W Peszcie odbyła się 15—17. listopada b. r. z inicyatywy prof. Dollingera konferencya w sprawie raka, na którą przybyło przeszło 300 lekarzy z różnych stron Węgier. Na konferencyi przedstawiano między innemi wyniki statystyki raka na Węgrzech. W dniu 15/X. 1906 naliczono na Węgrzech 3,570 chorych na raka, leczących się u lekarzy. Ogólną zaś liczbę chorych na raka należy według statystyki przyczyn śmierci oceniać na 50,000, w Peszcie przypada 12·1 chorych na 10,000 mieszkańców. Ciekawą dyskusyę, czy do walki z rakiem należy wciągnąć szerokie koła ludności (przez pouczenia i t. d.), zamknięto uchwałą potwierdzającą.

Mianowani: Prof. Uhlenhuth z Gryfii dyrektorem oddziału bakteryol. w cesarskim urzędzie zdrowia w Berlinie; dr Concetti profesorem nadzw. pedyatryi w Rzymie;

dr Bogusław Klarfeld asystentem przy katedrze fizyologii we Lwowie, dr Zygmunt Wallach i dr Samuel Reich sekundaryuszami izraelickiego szpitala im. Lazarusa we Lwowie.

Zmarli: Prof. J. Zabludowski, znany twórca nowoczesnej nauki miesienia, współpracownik „Gazety lekarskiej“ warszawskiej, w 56 r. ż. w Berlinie.

Dr Lapponi, lekarz dwóch papieży (Leona XIII. i Piusa X.) w Rzymie.

Dr Zygmunt Satkowski w Krakowie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 47. Sławiński Z.: O częściowem wycinaniu powrózka nasiennego w operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej. Kijewski, Rontaler (c. d.).

— *Medycyna* Nr 49. Janowski: Odróżnianie płynów wysiękowych od przesiękowych zapomocą próby z bardzo słabym roztworem kwasu octowego. Krajewski, Rotstadt (c. d).

— *Tygodnik lekarski* Nr 49. Franke: Przypadek tężca, w którym stosowano śródrdzeniowe wstrzykiwania siarkanu magnowego. Opolski (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr 12. Piasecki: Z higieny zajęć siedzących. Szpilman. Lewiński. Panek (c. d.).

— *Kronika dentystyczna* Nr 6: German: W sprawie zawodowego cierpienia zębów, dziąseł, oraz błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem t. zw. zawodowej próchnicy zębów. Kohn: Przypadek silnego krwotoku, powstałego wskutek urazu u dwuletniego krwawca; wbicie się górnych siekaczy z wynikiem pomyślnym. Krakowski (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr 12. Goldszmit: Luźne myśli III. Bieliński: (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 49. Pitha, Honl, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 46. Czystowicz: Nekrolog Popowa. Gruzdew: Materyały do charakterystyki zmian gruźliczych przełyku i żołądka. Słowcow: W sprawie jednorodności sernika. Zebrowski (dok.). Prożański: O wpływie sperminy na dopływ krwi do serca u zwierząt ciepłokrwistych.

— *Presse médicale* Nr 96. Kirmisson: Wykład wstępny przy otwarciu nowego pawilonu kliniki chirurgicznej dla dzieci.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 49. Langer: Rzut oka na gospodarstwo ustroju prawidłowego noworodka. Mayer i Sternberg: W sprawie ostrej białaczki myeloidalnej. Glaessner: Przyczynek do patologii *polycythaemia rubra*. Latzel: O prątkach kwasu mlecznego w osadzie moczu. Rodari: Znaczenie doświadczeń Pawłowa dla leczenia żołądka. Lichtenstern: W sprawie próby florydzynowej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 48. Krause: Plastyka kciuka u wielkiego palca nogi. Zupnik: Zatrucie mięsem, a paratyfus. Gengou: W sprawie przeciwgruźliczych substancyi uczulających. Fein: W sprawie pierwotnej gruźlicy (tocznia) błony śluzowej nosa. Apfelstedt: Ochrona i szew krocza. Munter: O wodoleczeniu w zakaźnych chorobach gorączkowych. Rosenthal: Doświadczenia z nowym środkiem odżywczym „visvitem“. Bruhns: Dotychczasowe wyniki doświadczalnego szczepienia kiły. — Nr. 49. Sticker: Przenoszenie nowotworów u psów przez spółkowanie. Landau: O pierwotnym raku wyrostka robaczkowego z uwagami o badaniu wyrostka przy każdej laparotomii. Sippel. W sprawie zwalczania najcięższych postaci rzucawki. Pólya: W sprawie patogenezy ostrego krwotoku trzustki i martwicy trzustki. Wolff: O patogenezie i leczeniu śledzionowej niedokrwistości dziecięcej. Mankiewicz: O borowertynie, nowym środku odkażającym mocz. Bruhns (dok.).

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 48. Erb: W sprawie statystyki wiewióra u mężczyzn i skutków jego dla kobiet zamężnych. Krehl: O nerwowych chorobach serca i o pojęciu „słabości serca“. Baumgarten: Doświadczenia nad działaniem Bierowskiego przekrwienia zastoinowego na -prawy zakaźne. Spielmeyer: Doświadczalny wiąd rdzenia u psów (wiąd świdrowcowy). Fehling: W sprawie uzasadnienia zachowawczych operacyi mięśniaków macicy. Dönitz: Górne granice znieczulenia lędźwiowego. Hammer: Leczenie gruźlicy płuc tuberkuliną. Kellner: Wyniki leczenia padaczki makowcem i bromem. Geigel: Zaleganie moczu w kierunku miedniczki nerkowej. Boseck: Postępujące kostnienie mięśni, wyleczone tiosynaminą. Hackländer: Projekt popierania uszkodzonych wskutek wypadku, któreby nie opaźniało gojenia się. Dieudonné: Miana naukowe z zakresu nowszej nauki o odporności. — Nr 49. Cristiani i Kummer: O przeroście roboczym przeszczepionych kawałków gruczołu tarczowego u ludzi. Neubaur i Stäubli: O eozynofilnych chorobach jelit. Moro: Dalsze badania nad precypityną mleka krowiego we krwi osesków. Bruck: W sprawie gruźlicy u osesków. Conradi: W sprawie wczesnego bakteryologicznego rozpoznania duru. Lardelli: O wpływie wody arsenawej (Sinestra) na przemianę materyi. Paschen: Co wiemy o zarazku krowianki? Wederhake: Uwagi teoretyczne i praktyczne o materyale do szycia. Wassermann i Bruck. O obecności antytuberkuliny w tkance gruźliczej. Lengfellner: Postępowanie przy wągliku zewnętrznym. Sondermann: Tamponada nosa przy ozenie. Mayer: W sprawie leczenia surowicą choroby Basedowa. Schallehn: Płytka przytrzymująca do wzierników.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr 45. Rabinowitsch: Nowsze badania doświadczalne co do gruźlicy. Herz: W sprawie fizycznego leczenia przewlekłych chorób nerek. Lindenstein: Doświadczenia co do znieczulania lędźwiowego. Goebel: O torakoplastyce. Dietrich i Arnheim: Formysol, nowy środek do odkażania rąk. Velhagen: O rodzimem zwyrodnieniu rogówki. Wolff: Nowy sposób stosowania kwasu karbolowego w leczeniu zewnętrznem, zwłaszcza dymienic i czyraków. Gessner: O zachowaniu się noworodków zwierzęcych przy wewnętrznem podawaniu obcego białka. Adler i Hensel: O wstrzykiwaniu nikotyny do żył i jego działaniu na tętnicę główną królików. Ogata: O etyologii choroby tzw. Tsutsugamushi. Diesing: Dodatek do artykułu p. t. Nowe spostrzeżenia przy leczeniu trądu jodoformem. — Nr 46. Kutscher: W sprawie aglutynacyi dwoinek zapalenia opon. Uffenheimer: Dalsze badania w sprawie przepuszczalności przewodu pokarmowego dla bakteryi. Weichardt i Piltz: Doświadczalne badania rzucawki. Wichern: Przypadek rozlanego ostrego zapalenia oskrzelków u dorosłego. Riebold: O surowiczem zapaleniu opon. Schwerin: O wynikach leczenia posokowatego zapalenia okołokątniczego surowicą paciorkowcową. Barth: W sprawie *diplacusis dysharmonica*. — Nr 47. Kraus: O sercu przy wolu. Erb: Kliniczna kazuistyka z praktyki. Stadelmann: Leczenie duru brzusznego. Schmidt Ad: Leczenie wrzodu żołądka. König: Jaki wpływ wywarło badanie rentgenowskie na postępowanie lekarza wobec złamań kości? Hegar: Dyetetyka położnicy. Schmidt Rimpler: Uwagi o ocenianiu wpływu zmniejszenia się bystrości wzroku na zdolność zarobkowania. Denker. Leczenie chorób ucha zewnętrznego. Ganghofner i Langer: O zużytkowaniu zjawiska odchylenia komplementów do stwierdzenia obcego białka we krwi. Boas: Koproskop przenośny. — Nr 48. Neisser, Bruck i Schucht: Rozpoznawcze badania tkanek i krwi w kile. Schlimpert: Zmiany anatomiczno-patologiczne ócz w 2 przypadkach kiły wrodzonej. Bab: Krętki w oku ludzkiem. Schellenberg: Leczenie zaparcia stolca, zwłaszcza postaci nawykowej przewlekłej, reguliną i parareguliną. Dünnwald: O użyciu isopralu w położnictwie i ginekologii. Stadelmann. Denker (dok.): — Nr 49. Ehrmann: Leczenie ostrego i przewlekłego zapalenia pęcherza. Weber: Zakażenie człowieka prątkami gruźlicy bydlęcej (perlicy). Vannod: Aglutyniny i swoiste ciała uodporniające w surowicy wiewiórowej. Bab: Uwagi do artykułu Wassermanna i Mauta „O niweczmikach kiłowych w płynie mózgowordzeniowym chorych na porażenie postępujące.“ Friedberger i Moreschi: W sprawie czynnego uodpornienia człowieka przeciw durowi. Saalfeld: W sprawie wewnętrznego leczenia wiewióra. Hess: Eventratio diaphragmatica. Heinzelmann: Przypadek chłoniaka wielkiej sieci obok torbielaka jajnikowego. Bachem: Przepisywanie lekarstw, a lekospis. Zernik: Nowe środki lekarskie.

Redakcya otrzymała: Sędziak: Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu moczówki cukrowej. Odb. z „Czas. lek.“ — W. Reis: Die Immunitätslehre in der Augenheilkunde. Odb. z „Wiener klin. Wochs.“ — Pawiński: Dusznica bolesna jako objaw samozatrucia ustroju. Odbitka z „Gazety lek.“ 1906. — Sprawozdanie z czynności zarządu Biblioteki uczniów wydziału lekarskiego Uniw. Jag. za rok 1905/6.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 19. grudnia b. r. o godzinie 6 wieczorem w Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4). Na porządku dziennym: Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1907.

Posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej odbędzie się w **Domu Towarzystwa lek. krak.** (ul. Radziwiłłowska l. 4) **we środę d. 18. grudnia 1906** o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Dyskusya nad zwalczaniem gruźlicy w miastach.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol okazał się tak dobrym środkiem uspokajającym w dusznicy, zapaleniu płuc i opłucnej, że dr A. Schweitzer (*Pester medizinisch-chirurgische Presse* 1906, Nr 34) postanowił spróbować działania jego w krztuścu. Pomijając zupełną nieszkodliwość tego środka, pozwalającą na długie podawanie go w dużych dawkach nawet u chorych z wadą sercową, podnieść należy jego działanie wykrztuśne i uspokajające, znajdujące wytłómaczenie w składzie chemicznym. Z 14 pyrenolem leczonych przypadków krztuśca były 3, niezwykle ciężkie, powikłane zołzami i krzywicą, lecz i w tych nawet wynik był zupełnie dobry, tak iż po 2—3 tygodniach nie różnił się rodzaj kaszlu od zwykłego kaszlu nieżytowego. W początkowym okresie nieżytu oskrzeli zauważono dobry skutek już po pierwszych dawkach, co się odnosiło zarówno do podrażnienia do kaszlu, jak i do wykrztuszania. Działanie wykrztuśne zapobiega rozedmie, jakoteż niedodmie płuc i innym niepożądanym powikłaniom. Z przytoczonych 2 historyi chorób wynikałoby, iż pyrenol skraca znacznie przebieg cierpienia.

Dziecko 4-letnie n. p. kaszlało od 2 tygodni napadowo prawie co $^1/_2$ godziny, czemu towarzyszyły wymioty. Brak apetytu, utrata $2^1/_2$ klgr. wagi od 2 tygodni. Typowe owrzodzenie na więzadełku języka. Po bezskutecznem stosowaniu innych leków podano pyrenol w 2 prc. roczczynie, 4 łyżeczki kawowe dziennie. Już od 3. dnia działanie widoczne, po 8 dniach znaczna poprawa, po 18 dniach wyleczenie. Zdaniem S. przewyższa pyrenol wszystkie inne środki, używane przeciw krztuścowi. *Hr.*